

„... ist es das Studentenleben, weil´s von lauter Lust umgeben“? –

Psychische Belastungen von Studierenden



Von der Fakultät für Lebenswissenschaften
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina
zu Braunschweig

zur Erlangung des Grades einer

Doktorin der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

genehmigte

D i s s e r t a t i o n

von Nora Heine
aus Braunschweig

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Referentin oder Referent: | Professor Dr. Wolfgang Schulz |
| 2. Referentin oder Referent: | Professor Dr. Kurt Hahlweg |
| eingereicht am: | 29.08.2011 |
| mündliche Prüfung (Disputation) am: | 21.11.2011 |

Druckjahr 2011

VORVERÖFFENTLICHUNGEN DER DISSERTATION

Teilergebnisse aus dieser Arbeit wurden mit Genehmigung der Fakultät für Lebenswissenschaften, vertreten durch den Mentor der Arbeit, in folgenden Beiträgen vorab veröffentlicht:

Tagungsbeiträge

Hammerschmidt, C., Heine, N. & Schulz, W.: Ergo bibamus! Alkoholkonsum und psychische Gesundheit von Studierenden. (Poster) Erster Deutscher Suchtkongress, Köln (2009).

Hammerschmidt, C., Heine, N. & Schulz, W.: Gaudeamus igitur? Alkoholkonsum und psychische Beeinträchtigungen von Studierenden. (Poster) 3. Deutscher Suchtkongress, Frankfurt am Main (2011).

Heine, N., Hammerschmidt, C. & Schulz, W.: Gaudeamus igitur? Psychische Belastungen und Alkoholkonsum von Studierenden. (Poster) Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin (2011).

DANKSAGUNG

Da die vorliegende Dissertation der eigenständige Teil einer gemeinschaftlichen Untersuchung von Christian Hammerschmidt und Nora Heine ist, haben wir uns entschlossen, die folgende gemeinsame Danksagung zu verfassen.

Die Dissertation soll damit beginnen, den Personen zu danken, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Allen voran danken wir allen Studierenden, die durch ihre Teilnahme an unserer Onlinebefragung sowie dem Interview die Grundlage der vorliegenden Arbeit bildeten und die keine Mühe und Zeit scheuten, uns Auskunft über ihr Trinkverhalten und ihre psychische Gesundheit zu geben. Ihnen seien die Arbeiten gewidmet.

Unser besonderer Dank gilt Herrn Professor Schulz, der die Betreuung unserer Arbeit übernahm und uns mit Rat und Tat zur Seite stand. Seine Kritik war für uns immer eine Herausforderung und trug zum Gelingen dieses Vorhabens in großem Maße bei.

Weiterhin möchten wir uns bei Herrn Professor Hahlweg für die Übernahme des Zweitgutachtens bedanken.

Da emotionale und technische Unterstützung ebenso wichtig sind wie fachliche, dürfen natürlich auch unsere Freunde und Familien nicht vergessen werden.

Danke André für das Binden der Arbeiten!

Dank an alle, die durch das Korrekturlesen unbemerkte Fehler und Unstimmigkeiten zu beheben halfen!

Abschließend gilt das größte Dankeschön unseren Eltern Christel, Jörg und Harald!

Ihnen und Euch gilt unser tief empfundener Dank!

Abschließend sei angemerkt, dass uns, trotz manch stürmischer Zeit, auch viele Momente der Freude, der Zufriedenheit und des Späßes bei der gemeinsamen Untersuchung verbunden haben. Das Gelingen der Arbeiten in dieser Form, ohne den jeweils anderen, seine/ihre Ermutigungen, Hilfestellung, Zuversicht, ... wäre sicherlich so nicht realisierbar gewesen.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Studentenleben wird oftmals als unbeschwerte Zeit beschrieben. Es steht sinnbildlich für eine Phase des Spaßes, der Feierlichkeiten und Freizeit. Weiterhin schwingt oft mit, dass Studierende kaum Verantwortlichkeiten hätten und nur bedingten Belastungen ausgesetzt seien. Aber kann dieses Bild aufrecht gehalten werden? Obwohl es in Deutschland knapp zwei Millionen Studierende an Universitäten und Fachhochschulen gibt, existiert erstaunlich wenig Forschung zur psychischen wie physischen Befindlichkeit Studierender in Deutschland.

Die zunehmende Sensibilisierung der Gesellschaft für psychologische Themen, wie „Burnout“, Depressionen oder Substanzmittelkonsum haben zu einer Veränderung der Sichtweise des psychischen Gesundheitszustandes verschiedener Gruppen geführt. So rückten auch die Studierenden, als eigene Subpopulation, in den Fokus der Forschung.

An der vorliegenden Untersuchung zu psychischen Störungen und Alkoholkonsum unter Studierenden nahmen 2.348 Studierende (55,2% Männer, 44,8% Frauen) dreier deutscher Hochschulen teil (Technische Universität Braunschweig, Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel, Hochschule für Bildende Künste Braunschweig). Sie stellte eine Anschlussstudie an eine Untersuchung aus dem Jahr 2006/2007 (Hammerschmidt & Heine, 2008) dar, die auch als Vergleichsgrundlage dient. Die Studie erfolgte über eine Online-Befragung, in der anhand standardisierter Diagnoseinstrumente die psychische Belastung in den Bereichen Depressivität, Ängstlichkeit, körperliche Beschwerden sowie Alkoholkonsum erfragt wurden. Dabei zeigte sich, dass 30,3% aller Befragten unter mindestens einer stark ausgeprägten psychischen Belastung litten. Mit diesem Ergebnis hebt sich die Studie deutlich von anderen Untersuchungen ab, die geringere Prävalenzen ermittelten. In den Bereichen Ängstlichkeit (16%) sowie körperliche Beschwerden (27,8%) zeigten sich die Studierenden deutlich belasteter als die Allgemeinbevölkerung. Im Bereich der Depressivität waren insbesondere die Männer (6,9%) stärker betroffen, als in repräsentativen Stichproben der Gesamtbevölkerung (5,5%). Zur Überprüfung der Güte des Online-Fragebogens wurde mit 72 Studierenden im Anschluss ein standardisiertes klinisches

Interview durchgeführt, dessen Ergebnisse die Aussagekraft der Online-Untersuchung unterstützen.

Gründe für die hohen Prävalenzraten werden diskutiert. Unter anderem könnten Umstrukturierungen der Hochschulstruktur als mitursächlich vermutet werden, die einen hohen Stresslevel bedingen. Weitere demographische Gegebenheiten (Partnerschaft, Elternschaft, finanzielle Situation) wurden untersucht. Einschränkungen des Untersuchungsdesigns sowie der verwendeten Instrumente werden am Schluss thematisiert.

Schlussfolgernd zeigten sich hohe Prävalenzraten psychischer Belastungen unter Studierenden. Weitere Erforschung von Bedingungsbeziehungen sowie Auslösern erscheint notwendig. Des Weiteren sollten Hilfsangebote erweitert und der Zugang zu diesen erleichtert werden.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|-------------|
| <i>Danksagung</i> | <i>I</i> |
| <i>Zusammenfassung</i> | <i>II</i> |
| <i>Inhaltsverzeichnis</i> | <i>IV</i> |
| <i>Abbildungsverzeichnis</i> | <i>VII</i> |
| <i>Tabellenverzeichnis</i> | <i>VIII</i> |
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Theoretischer Hintergrund | 4 |
| 2.1 Psychische Störungen | 5 |
| 2.1.1 Depressive Störungen | 5 |
| 2.1.2 Somatoforme Störungen..... | 8 |
| 2.1.3 Angststörungen | 10 |
| 2.1.4 Zwangsstörungen | 15 |
| 2.1.5 Posttraumatische Belastungsstörung | 17 |
| 2.1.6 Essstörungen..... | 20 |
| 2.1.7 Schizophrenie | 24 |
| 2.2 Studierende in Deutschland..... | 27 |
| 2.2.1 Fakten zu Studierenden in Deutschland..... | 27 |
| 2.2.2 Studierende und die Phase der Spätadoleszenz..... | 32 |
| 2.2.3 Studium als Phase der Transition..... | 36 |
| 2.2.4 Belastungen und Ressourcen im Studium..... | 37 |
| 2.2.5 Gesundheit von Studierenden..... | 38 |
| 2.2.6 Psychische Störungen bei Studierenden in Deutschland | 40 |
| 2.2.7 Psychische Störungen bei Studierenden im europäischen und internationalen Vergleich..... | 52 |
| 2.2.8 Alkoholkonsum unter Studierenden | 55 |
| 2.2.8.1 Überblick über bisherige nationale Forschung zu Alkoholkonsum unter Studierenden | 57 |
| 2.2.9 Studenten im Beratungskontext | 62 |

| | |
|--|----------------|
| 3. Fragestellung..... | 67 |
| 3.1 Einbettung der Fragestellung | 67 |
| 3.2 Ableitung der Fragestellung | 68 |
| 3.2.1 Prävalenzen | 69 |
| 3.2.2 Demographische Faktoren und psychische Befindlichkeit | 70 |
| 3.2.3 Studienstruktur, -zufriedenheit und psychische Befindlichkeit..... | 73 |
| 3.2.4 Alkoholkonsum und psychische Befindlichkeit | 74 |
| 4. Methodisches Vorgehen..... | 76 |
| 4.1 Erhebung und Akquise..... | 76 |
| 4.2 Aufbau der Untersuchung und Stichprobe..... | 78 |
| 4.2.1 Stichprobenbeschreibung der Online-Befragung..... | 79 |
| 4.2.2 Stichprobenbeschreibung des klinischen Interviews | 79 |
| 4.2.3 Hochschulstruktur und angestrebte Abschlüsse..... | 80 |
| 4.2.4 Studienfächer..... | 81 |
| 4.2.5 Familiäre Strukturen..... | 87 |
| 4.3 Güte des Online-Fragebogens | 88 |
| 4.4 Beschreibungen der Verfahren | 91 |
| 4.4.1 Verwendete Instrumente des Online-Fragebogen | 92 |
| 4.4.1.1 CAGE | 92 |
| 4.4.1.2 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) | 93 |
| 4.4.1.3 Frequenz-Menge-Index | 94 |
| 4.4.1.4 „Binge-Drinking“ | 94 |
| 4.4.1.5 Nikotin- und Drogenkonsum..... | 95 |
| 4.4.1.6 Die Beschwerde-Liste (B-L)..... | 95 |
| 4.4.1.7 Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)..... | 96 |
| 4.4.1.8 Studienzufriedenheit | 97 |
| 4.4.2 Thematischer Aufbau des Fragebogens | 98 |
| 4.4.3 Verwendetes Instrument des klinischen Interviews | 99 |
| 4.5 Auswertung | 100 |
| 5. Ergebnisse | 102 |
| 5.1 Prävalenzen psychischer Störungen bei Studierenden | 102 |
| 5.2 Demographische Daten und psychische Befindlichkeit..... | 108 |

| | |
|--|------------|
| 5.3 Studienstruktur, -zufriedenheit und psychische Befindlichkeit..... | 123 |
| 5.4 Alkoholkonsum und psychische Befindlichkeit | 142 |
| 6. Diskussion..... | 146 |
| 6.1 Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung..... | 146 |
| 6.1.1 Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung sowie der vorausgegangenen Arbeit ... | 146 |
| 6.1.2 Vergleich mit weiteren deutschen und internationalen Studien | 155 |
| 6.1.3 Mögliche Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit | 156 |
| 6.1.4 Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und psychischen Störungen | 162 |
| 6.2 Forschungsperspektiven und Einschränkungen der Arbeit..... | 163 |
| 7. Literatur..... | 165 |
| 8. Anhang..... | 180 |
| 8.1 Ergebnisse des klinischen Interviews zu depressiven Störungen | 180 |
| 8.2 Ergebnisse des klinischen Interviews zu Angststörungen | 180 |
| 8.3 Weitere psychiatrische Störungsbilder..... | 181 |
| 8.4 Online-Fragebogen..... | 183 |

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | |
|--|------------|
| <i>Abbildung 1: Unterscheidung zwischen einem Faktor mit Merkmalsausprägung und einer Diagnose im Sinne einer Störung am Beispiel Depressivität/Depression</i> | <i>70</i> |
| <i>Abbildung 2: Verteilung der Teilnehmer der Befragung auf die Hochschulen</i> | <i>80</i> |
| <i>Abbildung 3: Angestrebter/nächst erreichbarer Abschluss</i> | <i>81</i> |
| <i>Abbildung 4: Thematischer Aufbau des Online-Fragebogens</i> | <i>98</i> |
| <i>Abbildung 5: Verteilung des HADS-Depressivität Summenscores der Gesamtstichprobe ..</i> | <i>103</i> |
| <i>Abbildung 6: Verteilung des HADS-Ängstlichkeit Summenscores der Gesamtstichprobe ..</i> | <i>105</i> |
| <i>Abbildung 7: Verteilung der B-L Cluster der Gesamtstichprobe (in Prozent).....</i> | <i>107</i> |
| <i>Abbildung 8: Zugehörigkeit zum HADS-Depressivität Cluster, getrennt nach Geschlecht</i> | <i>109</i> |
| <i>Abbildung 9: Zugehörigkeit zum HADS-Ängstlichkeits-Cluster, getrennt nach Geschlecht</i> | <i>112</i> |
| <i>Abbildung 10: Abtragung der absoluten B-L Werte, getrennt nach Geschlecht.....</i> | <i>113</i> |
| <i>Abbildung 11: Verteilung auf die B-L Cluster, getrennt nach Geschlecht.....</i> | <i>114</i> |
| <i>Abbildung 12: Mittelwerte des HADS-Depressivität Summenscores, getrennt nach Partnerschaftsstatus</i> | <i>116</i> |
| <i>Abbildung 13: HADS-Ängstlichkeit Summenscore, getrennt nach Partnerschaftsstatus ...</i> | <i>117</i> |
| <i>Abbildung 14: B-L Summenscore, getrennt nach Partnerschaftsstatus</i> | <i>118</i> |
| <i>Abbildung 15: Zufriedenheit mit aktuellen Studienbedingungen.....</i> | <i>123</i> |
| <i>Abbildung 16: HADS-Depressivität Kategorien, getrennt nach Studiengangclustern.....</i> | <i>127</i> |
| <i>Abbildung 17: Verteilung B-L Kategorien, bezogen auf die Zugehörigkeit zu Studiengang-Clustern.....</i> | <i>130</i> |
| <i>Abbildung 18: Verteilung der B-L Cluster, bezogen auf den nächsten angestrebten Abschluss</i> | <i>137</i> |
| <i>Abbildung 19: Psychische Auffälligkeiten bei Studierenden in Bezug auf berichtete Probleme in Zusammenhang mit den Studiengebühren</i> | <i>141</i> |
| <i>Abbildung 20: Binge-Drinking-Kategorien, getrennt nach B-L Clustern</i> | <i>144</i> |

TABELLENVERZEICHNIS

| | |
|---|------------|
| <i>Tabelle 1: Vergleich von Studienergebnissen zum Anteil der Studierenden mit mind. einer psychischen Störung</i> | <i>46</i> |
| <i>Tabelle 2: Vergleich von Studienergebnissen zum Anteil der Studierenden der Medizin mit mind. einer psychischen Störung</i> | <i>49</i> |
| <i>Tabelle 3: Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit – Kölner Studie (Pauly, 2004) (Angaben in Prozent)</i> | <i>59</i> |
| <i>Tabelle 4: Vergleich der Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) des Epidemiologischen Suchtsurveys mit denen der Braunschweiger Studie von 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008)</i> | <i>60</i> |
| <i>Tabelle 5: Trinkverhalten von Studierenden in Nordrhein-Westfalen 2006/07 (Angaben in Prozent) (Helmer et al., 2010)</i> | <i>62</i> |
| <i>Tabelle 6: Verteilung der Studierenden nach Studiengangclustern und Befragungsmodus ..</i> | <i>87</i> |
| <i>Tabelle 7: Partnerschaftsstatus in der studentischen Stichprobe, getrennt nach Geschlecht ..</i> | <i>87</i> |
| <i>Tabelle 8: Vergleich der Ergebnisse des Online-Fragebogens mit der Diagnose einer psychischen Störung im klinischen Interview</i> | <i>89</i> |
| <i>Tabelle 9: Vergleich der Ergebnisse des Online-Fragebogens mit der Diagnose einer Depression im klinischen Interview</i> | <i>89</i> |
| <i>Tabelle 10: Vergleich der Ergebnisse des Online-Fragebogens mit der Diagnose einer Angststörung im klinischen Interview</i> | <i>90</i> |
| <i>Tabelle 11: Vergleich Ergebnisse des CAGE in der Online-Befragung mit der Diagnose eines Alkoholmissbrauchs bzw. einer -abhängigkeit im klinischen Interview</i> | <i>91</i> |
| <i>Tabelle 12: Vergleich HADS-Depressivität Cluster der Braunschweiger Online-Studie (2011) sowie der Studie 2006/2007 (Hammerschmidt und Heine, 2008) auf Grundlage des BDI</i> | <i>104</i> |
| <i>Tabelle 13: Vergleich B-L Cluster der Braunschweiger Online-Studie (2011) sowie der Studie des Jahres 2006/2007 von Hammerschmidt und Heine (2008)</i> | <i>107</i> |
| <i>Tabelle 14: HADS-Depressivität Cluster, getrennt nach Geschlecht</i> | <i>109</i> |

| | |
|--|------------|
| <i>Tabelle 15: HADS-Ängstlichkeit Cluster, getrennt nach Geschlecht.....</i> | <i>111</i> |
| <i>Tabelle 16: HADS-Depressivität Summenscore, getrennt nach Partnerschaftsstatus</i> | <i>115</i> |
| <i>Tabelle 17: HADS-Ängstlichkeit Summenscore, getrennt nach Partnerschaftsstatus</i> | <i>117</i> |
| <i>Tabelle 18: Somatische Belastung, getrennt nach Partnerschaftsstatus.....</i> | <i>118</i> |
| <i>Tabelle 19: HADS-Depressivität Summenscore, getrennt nach Elternschaft.....</i> | <i>119</i> |
| <i>Tabelle 20: HADS-Depressivität Cluster, getrennt nach Elternschaft</i> | <i>120</i> |
| <i>Tabelle 21: HADS-Ängstlichkeit Summenscore, getrennt nach Elternschaft.....</i> | <i>120</i> |
| <i>Tabelle 22: HADS-Ängstlichkeit Cluster, getrennt nach Elternschaft</i> | <i>121</i> |
| <i>Tabelle 23: B-L Summenscore, getrennt nach Elternschaft</i> | <i>121</i> |
| <i>Tabelle 24: B-L Cluster, getrennt nach Elternschaft</i> | <i>122</i> |
| <i>Tabelle 25: Studienzufriedenheit, getrennt nach Geschlecht</i> | <i>124</i> |
| <i>Tabelle 26: HADS-Depressivität Cluster, unterteilt nach Studiengangcluster.....</i> | <i>126</i> |
| <i>Tabelle 27: HADS-Ängstlichkeit Cluster, unterteilt nach Studiengangclustern</i> | <i>128</i> |
| <i>Tabelle 28: B-L Cluster, unterteilt nach Studiengangclustern.....</i> | <i>129</i> |
| <i>Tabelle 29: HADS-Depressivität Cluster, unterteilt nach dem nächst-angestrebten Abschluss</i> | <i>132</i> |
| <i>Tabelle 30: HADS-Depressivität Cluster, getrennt nach alter und neuer Studienordnung</i> | <i>133</i> |
| <i>Tabelle 31: HADS-Ängstlichkeit Cluster, unterteilt nach dem nächsten angestrebten Abschluss</i> | <i>134</i> |
| <i>Tabelle 32: HADS-Ängstlichkeit Cluster, getrennt nach alter und neuer Studienordnung</i> | <i>135</i> |
| <i>Tabelle 33: B-L Cluster, unterteilt nach dem nächsten angestrebten Abschluss.....</i> | <i>136</i> |
| <i>Tabelle 34: B-L Cluster, getrennt nach alter und neuer Studienordnung.....</i> | <i>136</i> |
| <i>Tabelle 35: Korrelationsmatrix.....</i> | <i>139</i> |
| <i>Tabelle 36: Korrelationsmatrix.....</i> | <i>140</i> |
| <i>Tabelle 37: Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum, Depressivität und Ängstlichkeit....</i> | <i>142</i> |

| | |
|--|------------|
| <i>Tabelle 38: Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) mit durchschnittlichen HADS-Depressivität, HADS-Ängstlichkeit und B-L Summenscores.....</i> | <i>143</i> |
| <i>Tabelle 39: Verteilung der „Binge-Drinking“-Kategorien mit durchschnittlichem B-L , HADS-Depressivität und HADS-Ängstlichkeit Summenscore</i> | <i>145</i> |
| <i>Tabelle 40: Vergleich Depressivität Cluster der Braunschweiger Online-Studie (2011) sowie der vorangegangenen Studie (2008)</i> | <i>153</i> |
| <i>Tabelle 41: Vergleich B-L Cluster der Braunschweiger Online-Studie (2011) sowie der voran- gegangenen Studie der Jahre 2006/2007 (Hammerschmidt & Heine, 2008).....</i> | <i>154</i> |
| <i>Tabelle 42: Vergleich der Ergebnisse der Braunschweiger Online-Studie (2011) mit denen anderer Untersuchungen</i> | <i>155</i> |
| <i>Tabelle 43: Diagnostizierte Angststörungen im klinischen Interview (nach ICD-10), getrennt nach Geschlecht</i> | <i>181</i> |

1. EINLEITUNG

*Ist ein Leben auf der Welt
das vor allem mir gefällt,
ist es das Studentenleben
weil's von lauter Lust umgeben!
Ja, der Freude Sonnenschein
lassen wir ins Herz hinein.
uns geziemt vor allen Dingen
mit der Jugend leichten Schwingen
zwanglos durch die Welt zu springen.*
H. von Fallersleben, 1842

Hoffmann von Fallersleben beschreibt in seinem Studentenlied „*Ist ein Leben auf der Welt*“ ein fröhliches, unbeschwertes Leben als Student. Die Studienzeit wird als zwangloser Lebensabschnitt dargestellt, in dem Spaß und Freude vordergründig sind. Wie dieses Lied spiegeln auch andere Texte und Lieder diese Themen im Zusammenhang mit der universitären Ausbildung wider. Aber nicht nur in der Literatur wird sich dem Thema von der heiteren Seite genähert. Auch in der Gesellschaft wird das „Studentenleben“ oft als Zeit des Spaßes, Phase unendlich erscheinender frei zu gestaltender Zeit und einer Aneinanderreihung von Feierlichkeiten gesehen. Retrospektiv wird sie von Universitätsabsolventen oftmals „die beste Zeit im Leben“ betitelt.

Aber entspricht dieses Bild vom sorglosen Studentenleben überhaupt dem universitären Alltag oder entbehrt es jeglicher realistischen Grundlage? Dieser Frage soll in der vorliegenden Arbeit nachgegangen werden. Mit zunehmender gesellschaftlicher Sensibilisierung für die psychische Gesundheit, rücken auch spezifische Bereiche in den Fokus der Betrachtung.

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer gemeinschaftlichen Untersuchung mit Herrn Christian Hammerschmidt. Untersuchungsgegenstand ist die psychische Gesundheit sowie der Alkoholkonsum von Studierenden an drei deutschen Hochschulen, Tech-

nische Universität Braunschweig, Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel sowie die Hochschule für Bildende Künste Braunschweig. Vorausgehend war die gemeinsam erstellte Diplomarbeit (Hammerschmidt & Heine, 2008), in der anhand einer studentischen Stichprobe von 316 Personen erste Ergebnisse zum Vorliegen psychischer Belastungen sowie Konsumgewohnheiten von Alkohol dargestellt werden konnten. Somit kann die Diplomarbeit als Voruntersuchung für die vorliegende Erhebung verstanden werden, auf deren Ergebnisse Bezug genommen wird.

Den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit stellt dabei die Erhebung und Auswertung psychischer Symptome und Erkrankungen dar. In der Dissertation von Hammerschmidt (2011) liegt der Fokus auf der detaillierten Betrachtung der Konsumgewohnheiten von Alkohol unter Studierenden. Die Daten beider Arbeiten wurden gemeinschaftlich mit Hilfe eines Online-Fragebogens erhoben. Aufgrund dessen sind einige Teile der Arbeiten, die für beide Schwerpunktsetzungen gleichsam relevant sind, identisch oder in Teilen identisch. Des Weiteren wird im Verlauf wiederholt auf die Inhalte der Arbeit sowie die Ergebnisse von Hammerschmidt (2011) Bezug genommen. Eine Kennzeichnung ähnlicher oder identischer Abschnitte erfolgt jeweils zu Beginn der entsprechenden Kapitel.

Zur besseren Verständlichkeit wird dem Leser zunächst in Kapitel 2.1 ein Überblick über den Themenschwerpunkt *Psychische Störungen*, deren Symptomatik, Prävalenz und Verlauf gegeben. Dabei wird ausschließlich auf die psychischen Erkrankungen eingegangen, die in der vorliegenden Untersuchung in der studentischen Stichprobe durch die verwendeten Instrumente erhoben wurden.

Im Kapitel 2.2 wird insbesondere auf die *Lage der Studierenden in Deutschland* eingegangen. Dabei werden überblicksartig einige Themenbereiche angeschnitten, wie beispielsweise generelle Fakten über Studierende (2.2.1), deren finanzielle Lage, Spezifika des studentischen Lebens im Hinblick auf die Ablösung vom Elternhaus und der Eintritt in das Erwachsenenalter (2.2.2). Des Weiteren werden Anforderungen, Belastungen im universitären Kontext sowie Ressourcen, wie beispielsweise Partnerschaft und soziale Unterstützung (Abschnitte 2.2.3 und 2.2.4) näher beleuchtet. Um zur eigentlichen Fragestellung und Legitimation dieser Untersuchung zu gelangen, wird in den folgenden Teilen auf die Gesundheit (insbesondere deutscher) Studie-

render näher eingegangen, zum einen auf somatischer Ebene und zum anderen in Bezug die auf psychische Gesundheit. Hier werden insbesondere andere Forschungsergebnisse zu psychischen Störungen unter Studierenden in Deutschland und im Ausland berichtet und zusammengefasst (Abschnitte 2.2.5; 2.2.6; 2.2.7). Überschneidungspunkte zur Arbeit von Hammerschmidt (2011) ergeben sich bei der Darlegung der Fakten zum Alkoholkonsum unter Studierenden sowie dem Überblick über nationale und internationale Forschung (Abschnitt 2.2.8). In Abschnitt 2.2.9 werden Daten zur psychischen Gesundheit von Studierenden berichtet, die an der Studentischen Beratungsstelle der Freien Universität erhoben wurden. Diese werden in Bezug gesetzt zu Auswirkungen durch die vollzogene Hochschulreform im Rahmen der Bologna-Beschlüsse aus dem Jahr 1999.

Nach dem theoretischen Hintergrund wird in Kapitel 3 auf die Entwicklung, *Begründung und Präzisierung der Fragestellung* eingegangen. Des Weiteren werden an dieser Stelle die expliziten Fragestellungen sowie Hypothesen formuliert und erläutert.

In Kapitel 4 werden die *Stichprobe* und das *methodische Vorgehen* der vorliegenden Untersuchung näher beschrieben, bevor anschließend in Kapitel 5 die erzielten *Ergebnisse* berichtet werden.

Abschließend werden in Kapitel 6 die *Ergebnisse* zusammengefasst sowie hinsichtlich ihrer Bedeutung und möglichen Generalisierbarkeit *diskutiert*. Ferner soll die Ergebnisdiskussion dazu dienen, weitere Forschungsansätze bereit zu stellen. Einschränkungen der vorliegenden Untersuchung werden hier ebenfalls dargelegt.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

In der vorliegenden Studie soll die psychische Gesundheit von Studierenden exemplarisch untersucht werden. Ziel ist Aussagen über Prävalenzen psychischer Störungen an drei deutschen Hochschulen treffen zu können und einen Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung anzustrengen. Zunächst soll ein Überblick über die Störungsbilder gegeben werden, die Gegenstand der Untersuchung waren. Dazu werden Entstehungsbedingungen, Prävalenzen und deren Verlauf kurz dargestellt. Weiterhin werden allgemeine Fakten zu Studierenden in Deutschland beschrieben, wobei hier ein Schwerpunkt auf der Gesundheit von Studierenden liegt. Des Weiteren soll ein Überblick über die bisherige nationale und internationale Forschung zu psychischen Störungen unter Studierenden gegeben werden.

DIAGNOSTIK PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Die Diagnose einer psychischen Erkrankung erfolgt anhand standardisierter Klassifikationssysteme. Im US-amerikanischen Raum sowie auch häufig in klinischen Forschungskontexten wird das von der *American Psychiatric Association* (APA; Amerikanische Psychiatrische Vereinigung) herausgegebene *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-IV) als Diagnosegrundlage genutzt. In der deutschen Version wurde das *Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen* (DSM-IV-TR) von Saß, Wittchen, Zaudig und Houben (2003) herausgegeben. Im klinischen Arbeitsalltag erfolgt die Diagnostik, Verschlüsselung von Diagnosen sowie die Abrechnung mit den Kostenträgern anhand der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen *International Statistical Classification of Diseases*. In der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)* (ICD-10, im deutschsprachigen Raum herausgegeben von Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2004) sind, neben allen somatischen Erkrankungen, im Kapitel V (F) alle psychischen Erkrankungen verschlüsselt. In der vorliegenden Arbeit wird bei der störungsrelevanten Einordnung psychischer Symptome ausschließlich auf die Kriterien der ICD-10 zurückgegriffen.

Im folgenden Abschnitt soll nicht auf die einzelnen Diagnosekriterien der beschriebenen Störungen eingegangen werden. Es findet sich jeweils ein Verweis auf das Ka-

pitel der ICD-10, in dem die Störung aufgeführt ist. Für eine detaillierte Auflistung der diagnostischen Kriterien sowie Differential- und Ausschlussdiagnosen sei auf die Originalliteratur (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2004) verwiesen.

2.1 Psychische Störungen

Im folgenden Abschnitt werden kurz die für die vorliegende Studie relevanten psychischen Erkrankungen dargestellt. Hierbei handelt es sich um die Erkrankungen, die in der Untersuchung, entweder im Online-Fragebogen oder im anschließenden klinischen Interview, erhoben worden sind. Dabei soll insbesondere auf die Symptomatik, die Prävalenzraten und den Verlauf eingegangen werden. Weiterführende Informationen über Therapie, Medikation, Ätiologie, Pathogenese etc. sind an geeigneten Stellen nachzulesen.

2.1.1 Depressive Störungen

Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten psychischen Störungen des Erwachsenenalters (vgl. u.a. Robert Koch-Institut, 2006). Die Krankheitsbelastung einer affektiven Störung ist als beträchtlich anzusehen. In der ICD-10 sind depressive Erkrankungen unter dem Abschnitt *Affektive Störungen* (F3) klassifiziert. Die Diagnosekriterien, Verlaufsformen sowie Ausschlusskriterien können an geeigneter Stelle nachgelesen werden (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2004).

SYMPTOMATIK

Das Symptombild einer depressiven Erkrankung gestaltet sich sehr unterschiedlich und individuell. Oft ist die Abgrenzung zum Erleben gesunder Personen schwierig, da Symptome, wie u.a. Traurigkeit, niedergedrückte Stimmungslage und Interessenverlust auch im gesunden Erleben vorkommen. Die Symptome bewegen sich dabei, der Kontinuitätshypothese zufolge, auf einem Kontinuum, wobei je nach Schweregrad, Zeitdauer und Ausprägung von einer Depression geredet werden kann. Beim depressiven Syndrom handelt es sich um ein Auftreten von Einschränkungen der Stimmungslage, des Vegetativums sowie der Kognitionen. Als Kernsymptome gelten dabei eine depressive Stimmung, der Verlust von Interessen und Antriebslosigkeit.

Weitere Symptome sind verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, geminderter Selbstwert, Grübeln, Schlafstörungen, Schuldgefühle, Zukunftssorgen, Libidoverlust, Veränderung des Appetits (vermehrt oder verringert) sowie Suizidgedanken oder -handlungen (vgl. Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2004).

Neben den Funktionseinschränkungen im Alltag zieht die Krankheit oft einen enormen Ausfall an Arbeitszeit nach sich (Wittchen & Jacobi, 2006). Auch während der Arbeitszeit ist in nicht akuten Phasen von einer eingeschränkten Produktivität und Funktionsfähigkeit auszugehen. Folgen sind erhebliche Kosten der Erkrankung u.a. für den Arbeitgeber und das Gesundheitssystem.

PRÄVALENZ

Gemessen an den Disability Adjusted Life Years ist die unipolare Störung, nach Angaben der „Global Burden of Disease Study 2000“, bei Frauen auf Platz vier und bei Männern auf Platz sieben der häufigsten Erkrankungen weltweit. Insbesondere in Ländern mit hohem Einkommen sind unipolare Depressionen, neben Schwerhörigkeit und alkoholassozierten Störungen unter den häufigsten Krankheitsbelastungen zu subsumieren (World Health Organisation (WHO), 2004). Sie stehen an achter Stelle in Ländern mit geringem Einkommensstatus, jedoch an erster Stelle in Ländern mit hohem Einkommen. Betrachtet man die Altersgruppe der 15 bis 44-Jährigen gesondert, nimmt sie sogar die dritte Stelle bei Männern und den zweiten Platz bei Frauen ein (Robert Koch-Institut, 2006). Ihre Zahl wurde, wie die vieler psychischer Erkrankungen, lange Zeit unterschätzt, da es oftmals an verlässlichen Daten mangelte. Auf bipolare Störungen, die auch zum Spektrum der affektiven Störungen zählen, soll im weiteren Verlauf nicht eingegangen werden (vgl. hier u.a. Berger & van Calker, 2008; Robert Koch-Institut, 2006).

Insgesamt gestaltet es sich schwierig, exakte Zahlen über die Häufigkeit depressiver Erkrankungen anzugeben, da sich die Zahlen verschiedener Studien zum Teil erheblich unterscheiden. Dieser Umstand ist beispielsweise auf die Verwendung unterschiedlicher Klassifikationssysteme und Erhebungsverfahren zurückzuführen.

Europäische epidemiologische Studien ergaben für die Major Depression/depressive Episode eine Punktprävalenz zwischen drei und sieben Prozent (Berger & van Calker, 2008). Weltweit sind nach Angaben der „Global Burden of Disease Study 2000“ (Robert Koch-Institut, 2006) 1,9% der Männer und weitere 3,2% der Frauen betroffen. Die genannten Zahlen bestätigen die Tatsache, dass Frauen doppelt so häufig wie Männer an unipolaren depressiven Störungen leiden (vgl. u.a. Wittchen & Jacobi, 2006; WHO, 2004). Dabei wird in einigen aktuellen Forschungsansätzen postuliert, dass es sich eher um eine Unterdiagnostizierung bei Männern handelt, einen „gender-bias“ zu Ungunsten der Frauen. Gründe werden u.a. in anderem Hilfesuchverhalten von Männern gesucht. Weiterhin ist es fraglich, ob die „klassischen“ Diagnoseinstrumente ausreichend sind, da sich Depressionen bei Männern klinisch häufig in anderer Symptomatik abbilden (vgl. u.a. Möller-Leimkühler, 2000, 2008; Möller-Leimkühler, Paulus & Heller, 2007; Wolfersdorf, Schulte-Wefers, Straub & Klotz, 2006). Die hohe klinische Evidenz muss durch weitere Forschung eine Validierung erfahren. Depressionen treten in allen Altersgruppen auf. Es gibt jedoch geschlechtsspezifische Erkrankungsgipfel (Robert Koch-Institut, 2006). 50% der Betroffenen erkranken vor Erreichung des 40. Lebensjahres (Berger & van Calker, 2008). Das Lebenszeitrisko wird mit 14 bis 18% angegeben (Berger & van Calker, 2008, Wittchen & Jacobi, 2006). Dies deckt sich mit Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Robert Koch-Institut, 2006), wonach 7,8% der Frauen und 4,8% der Männer zwischen 18 und 65 Jahren in den vorangegangenen vier Wochen an Depressionen litten.

Erhebt man eine Periodenprävalenz von 12 Monaten, so kommt man zu folgenden Ergebnissen: 9,5% der Frauen und 5,8% der Männer waren innerhalb der vergangenen zwölf Monate von einer depressiven Symptomatik betroffen (Robert Koch-Institut, 2006).

VERLAUF

Es können unterschiedliche Krankheitsverläufe beobachtet werden. In der Mehrzahl zeigt sich ein phasenhafter Verlauf, dessen einzelne Episoden Untersuchungen zufolge im Durchschnitt sechs bis acht Monate Dauer aufweisen. Diese Zeitspanne kann mit dem Einsatz therapeutischer Maßnahmen deutlich verkürzt oder in ihrer Ausprägung verringert werden (Berger & van Calker, 2008). Zwischen den Phasen kann es zu einer vollständigen (bei etwa zwei Dritteln der Patienten) oder aber auch unvollständigen (etwa ein Drittel der Betroffenen) Remission kommen. Ein Großteil der Erkrankten erleidet mindestens ein Rezidiv. Die diesbezüglichen Angaben in der Literatur sind schwankend (55 bis 56% bei Berger & van Calker, 2008; 60 bis 75% bei Wittchen & Jacobi, 2006). Bei etwa zehn Prozent ist von einem chronischen Verlauf auszugehen. Dabei sind als Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf insbesondere ein früher Erkrankungszeitpunkt sowie eine unvollständige Remission der ersten Episode zu nennen. Des Weiteren sind genetische Komponenten und fehlende Unterstützung durch das soziale Umfeld mit ursächlich.

2.1.2 Somatoforme Störungen

Personen mit somatoformen Störungen leiden unter verschiedenen körperlichen Symptomen, denen keine organische Ursache zugrunde liegt. Der Begriff „somatoform“ verdeutlicht in diesem Zusammenhang, dass die Symptome zunächst auf eine körperliche Ursache hindeuten. Erst ab den 1980er Jahren wurde dieses Bild psychischer Störungen in die Klassifikationssysteme aufgenommen (vgl. Hiller & Rief, 2008). In der ICD-10 sind die verschiedenen Diagnosen aus dem Spektrum der somatoformen Störungen unter dem Abschnitt F4 *Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen* eingeordnet (vgl. Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2004).

SYMPTOMATIK UND KLASSIFIKATION

Als ein zentrales Symptom zeigt sich, dass trotz Versicherung von ärztlicher Seite über ein Nicht-Vorliegen körperlicher Ursachen, die Personen keine Besserung der Beschwerden erlangen. Vor Diagnose einer Störung aus dem folgenden Spektrum,

sollte eine ausführliche Untersuchung des Patienten zum Ausschluss jeglicher somatischer Ursachen erfolgen, ohne dass eine weitere Fixierung des Patienten auf eine somatische Ursache erzeugt wird.

Als zentrale Diagnose aus dem Spektrum der somatoformen Störungen lässt sich die *Somatisierungsstörung* nennen. Hier zeigen sich vor allem wechselnde und wiederholt auftretende Symptome, wobei bei den Betroffenen nicht die Überzeugung besteht, dass es sich um eine klar zu benennende Erkrankung handelt. Die geschilderten Beschwerden, die mindestens zwei Jahre andauern müssen, können sich auf verschiedene Organe und wechselnde Körperregionen beziehen. Ähnlich verhält es sich bei der *somatoformen autonomen Funktionsstörung*. Hier stehen Symptome im Vordergrund der Beschwerden, die auf der Erkrankung eines Organs oder Organsystems beruhen. Eine weitere Erkrankung aus dem Spektrum der somatoformen Störungen ist die *anhaltende somatoforme Schmerzstörung*, bei der es sich um einen anhaltenden, fast täglichen Schmerz handelt. Bei der *Hypochondrie* handelt es sich um ein Krankheitsbild, bei dem die Personen der festen und andauernden Überzeugung sind, an einer oder mehrerer klar benannten Erkrankung zu leiden. Jegliche Körperwahrnehmungen werden von den Betroffenen als Symptom der vermuteten Erkrankung gedeutet.

PRÄVALENZ

Lange Zeit wurde von einer sehr niedrigen Prävalenz ausgegangen. Aktuelle Studien gehen bereits von einem relevanten Somatisierungssyndrom aus, wenn Männer mindestens vier und Frauen mindestens sechs Symptome im *Somatic Symptom Index* (vgl. Hiller & Rief, 2008) beschreiben. In der Allgemeinbevölkerung wird von einer Lebenszeitprävalenz zwischen 5 und 13% ausgegangen, wobei Frauen in doppeltem Maß belastet sind. Die häufigsten Störungen stellen *Schmerzstörungen* (hier meist Kopf- und Rückenschmerzen) mit bis zu 15% (Hiller & Rief, 2008), *Somatisierungsstörungen* sowie *autonome Funktionsstörungen* dar (vgl. Spitzer & Freyberger, 2002).

Neuere Studien zeigen, dass bereits Jugendliche und junge Erwachsene vermehrt betroffen sind (vgl. Hiller & Rief, 2008). In der Gruppe der 14 bis 24-Jährigen wird

von einer Prävalenz von 1,7% ausgegangen. Eine weitere hohe Quote Betroffener (14% der Patienten) (vgl. Hiller & Rief, 2008) kann in Allgemeinarztpraxen vermutet werden. Auch unter Patienten in Allgemeinkrankenhäusern kann eine hohe Anzahl der Patienten (17 bis 30%) als belastet angenommen werden.

Frauen sind in einem Verhältnis von 5:1 betroffen und haben eine erhöhte Lebenszeitprävalenz von 0,5 bis 1,5% zu erkranken (Hiller & Rief, 2008). Viele der Betroffenen entstammen einer niedrigen sozialen Schicht, haben einen geringen Bildungsgrad und leben in Trennung oder Scheidung. Weiterhin zeigen sich starke interkulturelle Unterschiede, wobei Somatisierungsstörungen vermehrt in nichtwestlichen Kulturen auftreten. Bei Chronifizierung der Symptomatik kommt es zu einer überproportionalen Auftretenswahrscheinlichkeit von langen beruflichen Krankheitsausfällen sowie vermehrtem „doctor shopping“. Dies zieht hohe Kosten für Arbeitsausfälle, Untersuchungen etc. nach sich.

Bei vielen Patienten kann ein Beginn der Störung im dritten Lebensjahrzehnt beobachtet werden. Es lassen sich keine eindeutigen Entstehungsbedingungen des Störungskomplexes finden. Ungünstige Faktoren sind die Überzeugung des Patienten in jedem Fall an einer körperlichen Erkrankung zu leiden, keine depressiven Begleitsymptome, kein Verstärkungsprozess durch Angst oder psychische Belastungen sowie ein starker sekundärer Krankheitsgewinn (Spitzer & Freyberger, 2002). Auch scheint die Krankenrolle für die Betroffenen, im Sinne des sekundären Krankheitsgewinns, verstärkend bei der Aufrechterhaltung der Störung zu wirken.

VERLAUF

Selten können Spontanremissionen beobachtet werden, oftmals handelt es sich um einen chronisch-fluktuierenden Verlauf.

2.1.3 Angststörungen

Angststörungen stellen die häufigste psychische Krankheit in der Allgemeinbevölkerung dar (vgl. Angenendt, 2008; Munsch, Schneider & Margraf, 2007; Robert Koch-Institut, 2004; Margraf & Schneider, 2003). Ihre Behandlung verursacht für das Sozi-

al- und Gesundheitswesen enorme Kosten. Neben der hohen Inanspruchnahme des medizinischen Sektors sind frühere Verrentung und Arbeitsausfälle hinzuzurechnen. Unbehandelt können als Folge verschiedenste Probleme und Folgeerkrankungen auftreten. Neben den monetären Folgen, haben Angststörungen natürlich einen erheblichen Einfluss auf das Familienleben und soziale Beziehungen (vgl. auch Munsch et al., 2007). Die zu unterscheidenden Störungsbilder sowie Diagnosekriterien sind ebenfalls im Abschnitt F4 *Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen* beschrieben (vgl. Dilling et al., 2004).

SYMPTOMATIK UND KLASSIFIKATION

Unter dem Begriff *Angststörung* subsumieren sich verschiedene Störungsbilder, die anhand typischer Symptommuster voneinander abgegrenzt und diagnostiziert werden können. Dabei wird in dieser Störungsgruppe keine Klassifizierung nach ätiologischen Gesichtspunkten getroffen, sondern anhand von Symptomen, Verlauf und Schweregrad. Die Kategorisierung/ Abgrenzung der einzelnen Störungsbilder erfolgt anhand der situativen Bedingtheit (ist ein Auslöser vorhanden oder nicht) und des Verlaufs (episodisch, persistierend) (Angenendt, 2002; Angenendt et al., 2008).

Unterschieden wird zwischen *Phobischen Ängsten* verschiedener Art und Ausprägung, der *Panikstörung* als akuter Angst, die ohne spezifischen Auslöser auftritt sowie der *Generalisierten Angststörung* als eine Art „chronische Angst“ und Sorgen über Geschehnisse des Alltags, ebenfalls ohne erkennbaren Auslöser.

Phobische Ängste werden durch Kontakt mit einem Objekt hervorgerufen. Diese Begegnung wird entweder durch intensive Angstgefühle begleitet oder aber ganz vermieden. Kernsymptome der Störungen sind zum einen ein *phobisches Vermeidungsverhalten* sowie *situativ gebundene Ängste* und *Angstanfälle*. Die phobischen Ängste lassen sich untergliedern in die spezifischen Phobien und die Agoraphobie.

Bei *spezifischen Phobien* handelt es sich um Ängste vor bestimmten Objekten oder umgrenzte Situationen sowie Vorstellungen der von ihnen ausgehenden Gefahren. Weit verbreitet sind Tierphobien, Ängste vor Höhen, Aufzügen, Tunneln, Autofahren, extremen Wettersituationen oder Blut und Verletzungen. Die Betroffenen leiden vor allem an der Angst vor der Angst. Mit zunehmender Nähe zum Objekt steigert

sich das Angstgefühl (Angenendt, 2002; Angenendt et al., 2008). Meistens wird ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten an den Tag gelegt. Im Gegensatz zu anderen Angststörungen haben die Betroffenen oftmals keinen ausgeprägten Leidensdruck, da es sich selten um unbedingt alltagsrelevante Dinge handelt. Eine Sonderstellung innerhalb dieser Störungsgruppe kommt der *Blut-, Injektions-, und Verletzungsphobie* zu (vgl. Saß et al., 2003; Dilling et al., 2004).

Im klinischen Kontext handelt es sich bei der *Agoraphobie* (mit und ohne Panikstörung) um die am häufigsten auftretende Störung (vgl. Angenendt et al., 2008). Die Ängste treten charakteristisch in öffentlichen Situationen auf, oft in Menschenmengen. Die Angst wird begleitet von starken vegetativen (Schweißausbrüche, Atembeschwerden, Tremor etc.) und psychischen Symptomen (Depersonalisation und Derealisation) (vgl. Saß et al., 2003; Dilling et al., 2004). Die Patienten leiden oft unter starker Erwartungsangst, die sich darauf bezieht, die Situation beim Auftreten von Angstanfällen nicht ohne Aufmerksamkeit anderer Anwesender verlassen zu können, beispielsweise durch Kontrollverlust, Erbrechen, plötzlichem Durchfall oder einem Herzinfarkt (Angenendt, 2002; Angenendt et al., 2008). Die *Angst vor der Angst* zeichnet das Störungsbild in besonderem Maße aus. Das Vermeidungsverhalten der Betroffenen ist unterschiedlich ausgeprägt, von absolutem Rückzug und Vermeidung der angstausslösenden Situationen bis zum Mitführen von Gegenständen, die Sicherheit vermitteln (bspw. Mobiltelefone).

Bei der *Sozialen Phobie* steht die Angst vor Bewertung durch andere Personen (in Prüfungen, bei Teilnahme an Seminaren oder auch anderen sozialen Begegnungen mit anderen) im Vordergrund. Die Betroffenen haben Angst, sich zu blamieren oder aber negativ aufzufallen, z.B. durch vegetative Symptome, wie Schwitzen und Erröten. Sie verfügen über ein hohes Maß an Selbstaufmerksamkeit, Perfektionismus, haben Angst vor Zurückweisung und Kritik durch andere Personen. Das daraus häufig resultierende Vermeidungsverhalten zieht für die Betroffenen weitreichende soziale Folgen nach sich, unter anderem im beruflichen und privaten Kontext (vgl. Saß et al., 2003; Dilling et al., 2004).

Als Kernmerkmal der *Panikstörung* gelten wiederholt auftretende Panikattacken, welche ohne spezifische Reize ausgelöst werden und somit nicht vorhersagbar sind.

Kennzeichen ist der abrupte Beginn, bestehend aus einer einzelnen Episode, die innerhalb weniger Minuten ihren Höhepunkt erreicht und empirischen Studien zufolge im Durchschnitt 30 Minuten anhält (Angenendt et al., 2008). Sie wird begleitet durch vielfältige vegetative (Schwitzen, Tremor, erhöhter Herzschlag), Thorax und Abdomen betreffende (Atembeschwerden, Beklemmungsgefühle), psychische (Schwindel, Derealisation, Depersonalisation) und allgemeine Symptome (Hitze- oder Kältegefühle, Kribbeln) (vgl. Angenendt et al., 2008; Dinkel, Berth, Exner, Rief & Balck 2003; Saß et al., 2003; Dilling et al., 2004). Auch hier leiden die Betroffenen unter einer starken Erwartungsangst, welche oftmals in Vermeidungsverhalten mündet und vielfältige Einschränkungen und körperliches Schonverhalten zur Folge haben kann (Angenendt et al., 2008; Angenendt, 2002).

Ungebunden an spezifische Situationen oder Reize leiden die Betroffenen einer *Generalisierten Angststörung* (GAS) unter starken, anhaltenden Sorgen und Bedenken, die nicht in anfallsartiger Form auftreten. Die Gedanken drehen sich, ohne akute Bedrohungsanzeichen, um eventuelle Schicksalsschläge und Befürchtungen. Die Grenze zwischen „normalem“ Sorgen zum pathologischen Grübeln wird überschritten durch Intensität, Häufigkeit, Dauer und Unkontrollierbarkeit der Gedanken. Dabei wird es vermieden, die bedrohlichen Gedanken zu Ende zu denken. Viele Patienten streben durch Rituale, Kontrollanrufe oder präventive Maßnahmen eine Reduktion der Symptome an (Zubrägel et al., 2007). Durch die anhaltende Anspannung kommt es in Folge zu einer Vielzahl somatischer Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Verspannungen und Schlafstörungen. Die Mehrzahl befindet sich zur Abklärung der physischen Beschwerden in Allgemeinarztpraxen, so dass meist Jahre vergehen, bevor eine richtige Diagnose und eine adäquate Behandlung stattfinden kann (Angenendt, 2002; Angenendt et al., 2008). Vielen Betroffenen ist nicht bewusst, dass sie an einer Angststörung leiden.

PRÄVALENZ

Mit der Erhebung des Bundes-Gesundheitssurveys im Jahr 1998 liegen nach Angaben des Robert Koch-Institutes (2004) erstmals repräsentative Daten über die Prävalenz von Angststörungen vor. Über die Verbreitung von Angststörungen kann nach

Angenendt et al. (2008) erst seit Mitte der 80er-Jahre auf Erhebungen aus der Allgemeinbevölkerung zurückgegriffen werden, da vorher meist nur klinische Stichproben in die Erhebungen aufgenommen wurden. Die Lebenszeitprävalenz an einer Angststörung zu erkranken beträgt 15%, die Punktprävalenz 7% (Angenendt et al., 2008). In der Altersgruppe der 18 bis 65-Jährigen gaben 14,2% an, dass sie in den vergangenen 12 Monaten unter einer Angststörung gelitten hätten. Dabei waren Frauen fast doppelt so häufig betroffen wie Männer (Robert Koch-Institut, 2004).

Schlüsselt man die Angststörungen detaillierter auf, zeigt sich das folgende Bild: *Phobische Störungen* treten am häufigsten auf, insbesondere die *Soziale Phobie* (13%), die *Spezifischen Phobien* mit 9% sowie *Agoraphobie* (5%). Etwa 3% der Bevölkerung leiden unter einer *Panikstörung*. Die Schätzungen für die *Generalisierte Angststörung* (GAS) sind zum jetzigen Zeitpunkt noch sehr unterschiedlich, da erst in den 80er-Jahren die Diagnosekriterien operationalisiert wurden. Kessler (2000, zitiert nach Angenendt et al., 2008) sowie Zubrägel, Bär und Linden (2007) gehen von einer Quote von circa 5% aus.

Der durchschnittliche Beginn von Panikstörungen und Agoraphobie wird meist im zweiten bis dritten Lebensjahrzehnt gesetzt (Munsch et al., 2007; Angenendt et al., 2008). Im Durchschnitt kann davon ausgegangen werden, dass sieben Jahre vergehen, bis die Störung richtig diagnostiziert wird (Munsch et al., 2007). Nach Daten des Bundes-Gesundheitssurveys des Jahres 1998 (Robert Koch-Institut, 2004) nehmen ca. 60% der Angststörungen ihren Anfang vor dem 21. Lebensjahr, wobei es individuelle Unterschiede zwischen den einzelnen Störungsbildern gibt (vgl. Angenendt et al., 2008, Robert Koch-Institut, 2004). Einer längsschnittlichen Untersuchung von Kessler et al. (1994, zitiert nach Angenendt et al., 2008) zufolge, leiden 30 bis 80% der von einer Angststörung Betroffenen noch unter mindestens einer weiteren Angststörung.

Betrachtet man das Geschlechterverhältnis, zeigt sich, dass bei den meisten Angststörungen Frauen vermehrt betroffen sind, oft mit einem Verhältnis von 2:1. Die Gründe dafür werden noch weiter erforscht. Unter anderem werden Annahmen über eine erhöhte Vulnerabilität und Prädisponierung aufgrund biologischer Unterschiede geprüft. Zu anderen Ergebnissen kommen dagegen Munsch et al. (2007), die bei der

Panikstörung von einem Geschlechterverhältnis von 2:1 (m:w) und bei der Agoraphobie von 3:1 (m:w) ausgehen.

VERLAUF

Die häufigste Verlaufsform ist die der mehrmonatigen bis mehrjährigen symptomarmen Intervalle, die als chronisch-milde, persistierende Form bezeichnet werden kann. Durch Vermeidungsstrategien der Betroffenen kommt es oft zu einem progredientem Verlauf der Symptomatik. Nur bei etwa 20% der Erkrankten kommt es zu einer spontanen Rückbildung der Symptome. Die Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung einer Angststörung ist somit sehr hoch.

Insbesondere Agoraphobie und die Panikstörung gehen mit erheblichen sozialen Folgen für die Betroffenen einher. Die Einschränkungen in der Lebensführung sind bei spezifischen Phobien nicht so hoch, da die angstausslösenden Reize gezielt vermieden werden können.

2.1.4 Zwangsstörungen

Viele Personen verspüren den Drang vor dem Verlassen des Hauses noch einmal zu kontrollieren, ob sie den Herd ausgestellt haben oder die Fenster verschlossen haben. Kinder durchlaufen in der Entwicklung Phasen, in denen sie in Ritualen des magischen Denkens fest verankert sind. Der Gedanke oder die Handlung an sich hat noch keinen Krankheitswert und muss von der Psychopathologie der Zwangserkrankung abgegrenzt werden. Die Abgrenzungskriterien zum pathologischen Verhalten und zur Diagnostik einer Zwangserkrankung werden in der ICD-10 im Abschnitt F4 *Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen* beschrieben (vgl. Dilling et al., 2004).

SYMPTOMATIK UND KLASSIFIKATION

Es werden *Zwangsgedanken* und *Zwangshandlungen* unterschieden. In den seltensten Fällen sind sie jedoch in den „Reinformen“ vertreten, eher finden sich Mischformen. *Zwangshandlungen* sind Verhaltensweisen, die weder sinnvoll, noch zielführend sind. Ursprünglich zweckgerichtet, werden sie meist in ritualisierter Form stereotyp ausgeführt. Hintergrund ist eine Reduktion von Anspannung sowie Angst, oder das

Vermeiden des Eintreffens eines befürchteten Ereignisses. Die Betroffenen erleben die Handlungen oft selbst als ineffektiv und sinnlos, können jedoch keinen Widerstand leisten (vgl. Hohagen & Kordon, 2008; Emmelkamp & van Oppen, 2000). Nach einer Erfassung mit der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; vgl. Hohagen & Kordon, 2008, S. 693) sind die häufigsten *Zwangshandlungen* Waschen/Reinigen, Kontrollieren, Wiederholen und Zählen.

Zwangsgedanken sind sich aufdrängende Gedanken, Ideen oder Impulse, denen der Betroffene subjektiv hilflos ausgeliefert ist. Der Versuch sie zu unterdrücken bleibt erfolglos. Inhalte sind oft aggressive oder sexuelle Themen sowie Beschäftigung mit Kontaminationen oder Verunreinigungen (vgl. 2007; Hohagen & Kordon, 2008, S. 693; Emmelkamp & van Oppen, 2000). Aggressive Gedanken drehen sich meist um die Befürchtung, sich selbst oder anderen Personen körperlichen Schaden zufügen zu können. Sorgen um Kontaminationen drehen sich häufig um die Angst vor Ansteckung mit schweren Erkrankungen oder den Kontakt mit Ausscheidungen oder Schmutz. Sie werden als sehr quälend und schambesetzt empfunden. Die Abgrenzung zu psychotischem Erleben ist, dass die Betroffenen sie nicht als von außen eingegeben erleben (vgl. Hohagen & Kordon, 2008). Oftmals verbergen Betroffene ihre Zwangserkrankung durch Verheimlichung über lange Zeiträume erfolgreich. Ursächlich ist hier u.a., dass sie ihre Handlungen und Gedanken als so bizarr erleben, dass sie sich schämen, dies anderen Personen zu berichten. Die Energie, die eine Verheimlichung über lange Zeiträume im Alltag kostet, kann als immens betrachtet werden.

PRÄVALENZ

Die Lebenszeitprävalenz, an einer Zwangsstörung zu erkranken, wird mit 1 bis 2% angegeben (Hohagen & Kordon, 2008; Emmelkamp & van Oppen, 2000). Bei Lakatos (2007) werden sogar bis 3% genannt. Dabei haben die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht oder einem kulturellen Kreis neueren Studien zufolge keinen Einfluss, allenfalls unterscheiden sich die Inhalte und Themen der Zwangsgedanken. Somit kann eine kulturelle Prägung des klinischen Bildes, nicht aber der Prävalenz postuliert werden. Es zeigen sich keine Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit zwischen den Geschlechtern, in der Kindheit sind jedoch mehr Jungen als Mädchen betroffen.

Meist manifestiert sich die Erkrankung im jungen Erwachsenenalter zwischen 20 und 25 Jahren. Etwa 95% der Erkrankungen lassen sich vor dem 40. Lebensjahr verorten, wobei nach Lakatos (2007) ein Erkrankungsbeginn nach dem 50. Lebensjahr nahezu unwahrscheinlich ist.

VERLAUF

Der frühe Erkrankungsbeginn zieht oft eine Vielzahl sozialer Folgen nach sich, da die Entwicklung „normaler“ sozialer Gefüge durch die Erkrankung zum Teil schwer beeinträchtigt sein kann (vgl. Lakatos, 2007; Hohagen & Kordon, 2008). Ein Großteil der Betroffenen kann als chronifiziert bezeichnet werden, spontane Remissionen sind eine Seltenheit. Viele Betroffene berichten von einer Zunahme der Symptome unter Stress und hoher Anspannung.

2.1.5 Posttraumatische Belastungsstörung

Die Symptome, die man heute unter dem Begriff der „*Posttraumatic Stress Disorder*“ (PTSD) (im Folgenden wird der deutsche Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) verwendet) subsummiert, wurden erstmals Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts beschrieben. Beobachtet wurden sie bei Soldaten, Überlebender schwerer Unglücke sowie des Holocaust. Lange Zeit wurde bezweifelt, dass allein die traumatischen Erlebnisse als ursächlich für die Symptome anzunehmen seien. Neben somatischen Komponenten wurde lange Zeit auch Krankheitssimulation, Kompensation sowie weitere zugrunde liegende psychische Störungen als Ursachen diskutiert. Des Weiteren galt lange die Annahme, dass nur Menschen mit einer labilen Persönlichkeitsstruktur betroffen seien, eine Annahme, die inzwischen als widerlegt gilt. Die PTBS ist im Klassifikationssystem ICD-10 den Belastungsstörungen zugeordnet (vgl. Abschnitt F4 *Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen*; Dilling et al., 2004).

SYMPTOMATIK

Als bedeutsamstes Symptom gilt das ungewollte Wiedererleben von Aspekten des traumatischen Erlebnisses (Intrusionen). Diese dissoziativen „Flashbacks“ können

vielerlei sensorische Eindrücke haben, wie z.B. Bilder, Gerüche, Geräusche, haptische Eindrücke, Geschmack. Oft sind auch belastende Träume Gegenstand der Störung. Die Personen fühlen sich in die Situation zurückversetzt, erleben diese erneut, z.B. ausgelöst durch Ereignisse, die denen des Traumas ähneln oder etwas symbolisieren. Hieraus kann ein Vermeidungsverhalten resultieren, um in Zusammenhang stehende Ereignisse, Personen oder Orte zu umgehen. Einige Personen berichten über Amnesien sowie Depersonalisations- und Derealisationserleben während des Traumas. Viele leiden in Folge unter erhöhter physiologischer Erregung, Konzentrations-schwierigkeiten, Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit. Des Weiteren kann es zu Einschränkungen des Affekts kommen, so dass die Betroffenen das Gefühl haben, Zärtlichkeit o.ä. nicht mehr erleben zu können. Viele fühlen sich von anderen Personen entfremdet, isolieren sich zunehmend, sind inaktiver und pessimistischer in Bezug auf ihre Zukunftsgestaltung (Frommberger et al., 2008).

PRÄVALENZ

Die Lebenszeitprävalenz ein Trauma zu erleben liegt bei jungen Bewohnern einer amerikanischen Großstadt bei 39%, wobei 9,2% in Folge eine PTBS entwickelten (vgl. Frommberger, et al. 2008; Boos, 2005). Etwa 60% der Männer und ca. 51% der Frauen haben ein traumatisches Erlebnis in der Biographie, wobei 10% der Frauen und 5% der Männer eine PTB-Störung entwickelten. Studien zeigen, dass es sich bei der PTBS um die vierthäufigste psychische Störung handelt. Dabei wurde sowohl die Allgemeinbevölkerung befragt, als auch Personengruppen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eines traumatischen Erlebnisses (z.B. Vietnam-Veteranen, Soldaten). Die einzige deutsche Studie von Perkonigg et al. (2000) kommt auf eine Lebenszeitprävalenz von 1,3% der 14 bis 24-Jährigen. Die Wahrscheinlichkeit für die Ausbildung einer PTBS wird entscheidend mitbestimmt durch die Art des erlittenen Traumas. Traumata, die durch Menschen intentional herbeigeführt werden (Vergewaltigung, Entführung, Folter), führen zu einem größeren Anteil zu einer PTBS als Naturkatastrophen, wie Brände, Vulkanausbrüche (vgl. Frommberger et al., 2008; Ehlers, 1999). Generell zeigt sich ein Geschlechterverhältnis von etwa 2:1 bei der PTBS zum Nachteil für Frauen.

VERLAUF

Im Mittel dauert eine PTBS nach Breslau (2001, zitiert nach Frommberger, 2008) über 48 Monate bei Frauen an und bis zu zwölf Monaten bei Männern. Waren die Personen direkt betroffen und nicht etwa Beobachter oder indirekt betroffen, dauerten die Symptome über einen längeren Zeitraum an. Es zeigt sich jedoch ein individueller Verlauf der Störung mit akutem, chronischem oder verzögertem Verlauf. Nach Ehlers (1999) erleben etwa 50% eine Remission der Symptomatik ohne Behandlung im ersten Jahr nach dem Trauma. Etwa ein Drittel der Betroffenen erlebt einen chronischen Verlauf (Ehlers, 1999). Ein verzögerter Beginn, d.h. etwa sechs Monate nach dem Ereignis kann bei etwa 11% der Betroffenen beobachtet werden.

Bei der PTBS handelt es sich um eine der wenigen Störungen, die sich auf einen begrenzt zu beschreibenden Auslöser zurückführen lässt. Mehr noch, sie darf ohne die Feststellung eines Traumas nicht diagnostiziert werden (Frommberger et al., 2008). Das Risiko eine PTBS zu entwickeln, steigt mit dem Schweregrad des Traumas, nichts desto weniger kann kein „Schwellenwert“ festgelegt werden, ab dem die Wahrscheinlichkeit als erhöht einzuschätzen ist.

2.1.6 Essstörungen

Essen erfüllt neben der überlebenswichtigen Funktion auch andere Funktionen. Es ist unter anderem stark verknüpft mit Genuss und (kultureller) Lebensart. Die Behandlung von Essstörungen ist auch deswegen so schwer, da nicht, wie beispielsweise bei anderen Süchten, eine komplette Abstinenz das Ziel sein kann. Die Betroffenen müssen weiterhin essen, jedoch erneut erlernen, das richtige Maß zu finden. Zu Beginn der meisten Essstörungen stehen Fastenkuren oder Diäten der Betroffenen, meist um dem Schönheitsideal näher zu kommen. Insbesondere in den westlichen Industrienationen ist dieses Verhalten weit verbreitet und endet für einige in einer schwerwiegenden psychischen Störung. Immer mehr rückt auch die Problematik essgestörter Jungen und Männer in den Fokus. Lange Zeit wurden Essstörungen als vornehmlich weibliche Störung angesehen.

Als häufigste psychische Erkrankungen in Verbindung mit Störungen des Essverhaltens können *Anorexia nervosa* sowie *Bulimia nervosa* betrachtet werden. Dabei können weitere, unter anderem die *Binge-Eating-Disorder*, klassifiziert werden. Adipositas ist weder im ICD-10 (Dilling et al., 2004) noch im DSM-IV (Saß et al., 2003) als eigenständige Diagnose zu vergeben. Die unterscheidenden Kriterien der Diagnostik sind in der ICD-10 unter Abschnitt F5 *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren* nachzulesen (vgl. Dilling et al., 2004).

2.1.6.1 *Anorexia nervosa*

SYMPTOMATIK

Hauptsymptom ist ein absichtlich herbeigeführter Gewichtsverlust, meist durch das Weglassen hochkalorischer Lebensmittel, im ICD-10 (Dilling et al., 2004) festgelegt mit einem Body-Maß-Index (BMI) unter 17,5 (Jacobi, Paul & Thiel, 2004) im DSM-IV (Saß et al., 2003) mit weniger als 85% des altersentsprechenden Gewichts. Dabei werden zwei Typen unterschieden: Typ I, bei dem keine Essattacken oder Erbrechen vorliegen sowie Typ II, bei dem die Betroffenen Essattacken und/oder selbstinduziertes Erbrechen haben. Die Betroffenen haben Körperschemastörungen, starke Angst vor Gewichtszunahme, messen ihrem Gewicht eine deutlich übertriebene Bedeutung zu und beschäftigen sich in extremem Ausmaß mit Gewicht, Essen und ihrer Figur. Um das Untergewicht zu erreichen oder zu halten, treiben sie häufig übermäßig Sport, betreiben Missbrauch von Diuretika oder Laxanzien oder induzieren Erbrechen. Als wichtiges Kriterium ist in beiden Klassifikationssystemen das Ausbleiben der Regelblutung (Amenorrhoe) verankert.

PRÄVALENZ

Mädchen und Frauen sind im Verhältnis 1:12 gegenüber Jungen und Männern von Anorexie betroffen. Dabei liegt der Beginn meist im Alter von 16 Jahren. Prävalenzschätzungen liegen zwischen 0,6% und 3% in der als besonders gefährdet anzusehenden Gruppe der 15 bis 19-Jährigen (Fichter, 2008). Nach Fichter (2008) konnte in einer repräsentativen Befragung bei Frauen zwischen 18 und 64 Jahren eine Lebenszeitprävalenz von 1,3% erhoben werden.

VERLAUF

Eine relativ positive Prognose haben Patientinnen, die bereits im frühen Kinder- und Jugendalter einer Behandlung zugeführt werden. In Verlaufsstudien über 10 bis 20 Jahre zeigten sich Mortalitätsraten von 10 bis 20%, wobei Suizid und weitere Gründe ursächlich waren, nicht so sehr aber das Essverhalten (Fichter, 2008). Damit ist Anorexie eine der psychischen Erkrankungen mit der höchsten Mortalitätsrate.

2.1.5.2 *Bulimie nervosa*

SYMPTOMATIK

Charakteristisches Merkmal der Bulimie sind sogenannte Essattacken (binge-eating). In kurzer Zeit werden große Mengen Nahrung aufgenommen. Den Essattacken folgen Maßnahmen mit dem Ziel, kein Gewicht zuzunehmen. Dies kann neben selbst-indiziertem Erbrechen auch der Missbrauch von Abführmitteln, Appetitzüglern und Diuretika sein. Ebenso wie bei der Anorexie findet eine übermäßige Beschäftigung mit Essen, Körpergewicht und Körperbild statt. Bei beiden Störungsbildern rücken andere Bereiche des Lebens in den Hintergrund. Auch kann von einem geringen Selbstwert ausgegangen werden, der eigene Wert ist stark abhängig vom Gewicht und den sozialen Normen und Idealen von Aussehen und Figur (Fichter, 2008).

PRÄVALENZ UND VERLAUF

Untersuchungen zufolge liegen die Prävalenzraten zwischen 1 bis 3% bei Frauen im Alter von 15 bis 35 Jahren. Bei Männern liegt die Prävalenz mit 0,1% deutlich geringer, wobei hier weitere Forschung nötig ist. (Fichter, 2008). Meist sind die Patienten bei Stellung der Diagnose älter als bei der Anorexie, Bulimie tritt bei Kindern unter 14 Jahren eher selten auf. Einige Patientinnen waren vorher anorektisch. Die vorliegenden Langzeituntersuchungen über 1 bis 10 Jahres-Zeiträume ergeben uneinheitliche Ergebnisse, wobei bulimische Patienten eine günstigere Prognose als anorektische Patienten haben und die Sterblichkeitsrate deutlich geringer ist (Fichter, 2008).

2.1.5.3 Binge-Eating Disorder

Die Binge-Eating Disorder (BED) ist zum aktuellen Zeitpunkt sowohl in der ICD-10, als auch im DSM-IV (vgl. Dilling et al., 2004; Saß et al., 2003) im Appendix zu finden und damit (noch) nicht als eigenständige Diagnose anzusehen.

SYMPTOMATIK

Im Vordergrund der BED steht der Verzehr unterschiedlich großer Nahrungsmittelmengen, wobei deren (wahlloser) Verzehr meist mit Scham und Ekel assoziiert ist. Zwischen den Essanfällen kompensieren einige Betroffene die Anfälle durch das Weglassen weiterer Mahlzeiten oder körperlichen Aktivitäten. Dabei sind diese Gegenmaßnahmen in der Intensität deutlich geringer als bei einer Bulimie (Munsch, 2003). Weitere Symptome sind ein negatives Körperbild, vermehrte Beschäftigung mit dem Gewicht und ein Kontrollverlust während der Essattacken, wenig Vertrauen in den eigenen Körper und das eigene Können. Als Folge des Übergewichts kommt es vermehrt zu Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und der Atemfunktionen, wobei das Mortalitätsrisiko mit steigendem BMI zunimmt.

PRÄVALENZ

Die Prävalenz der BED schwankt bei Studien *klinischer Populationen* zwischen 15 bis 50%. In der Allgemeinbevölkerung sind etwa 0,7 bis 4% betroffen (Fichter, 2008; Munsch, 2003). Die Lebenszeitprävalenz liegt etwa bei 2,6% (Munsch, 2003). Deutlich häufiger scheint es episodische Essanfälle zu geben, die in der Allgemeinbevölkerung Prävalenzraten von etwa 10% aufweisen, in klinischen Populationen sogar bis 27% (Basdevant et al., 1995, zitiert nach Munsch, 2003).

VERLAUF

Die Erstmanifestation der BED lässt sich zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr verorten mit einem zweiten Gipfel zwischen dem 45. und 54. Lebensjahr (Munsch, 2003; Striegel-Moore, 2000, zitiert nach Munsch, 2003). Der Verlauf ist günstiger als bei an-

deren Essstörungen. Nach fünf Jahren waren nur noch etwa 20% weiterhin erkrankt (Munsch, 2003). Im Verlauf kommt es häufig zu einer Gewichtszunahme, die einen BMI über 30 zur Folge hat.

2.1.7 Schizophrenie

Bei der Schizophrenie handelt es sich um eine psychische Erkrankung, die unter anderem durch zeitweilige massive Störungen des Denkens, der Wahrnehmung, des Erlebens sowie des Verhaltens und der Emotionen gekennzeichnet ist. Schlimmstenfalls kann sie zu einem völligen Verlust des Realitätsbezuges führen. Die diagnostische Klassifikation und Unterscheidungskriterien unterschiedlicher Formen sowie deren Verlauf sind nach ICD-10 unter *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen* (Abschnitt F2) aufgeführt (vgl. Dilling et al., 2004).

SYMPTOMATIK

Es lassen sich verschiedene Störungsbilder mit unterschiedlicher Symptomatik unterscheiden (vgl. Dilling et al., 2004). Störungen der folgenden Funktionen stehen im Vordergrund des Krankheitsbildes: Konzentration und Aufmerksamkeit, Ich-Funktionen, formales und inhaltliches Denken, Wahrnehmung, Affekt und Psychomotorik. Dabei wird zwischen Plus- und Minussymptomatik unterschieden, die, je nach Störungsbild, in unterschiedlicher Ausprägung zu Tage tritt. Bei Positivsymptomen (u.a. Wahn, Halluzinationen) handelt es sich um eine „übersteigerte“ Funktion, bei der Negativsymptomatik (z.B. Antriebsstörung, Anhedonie) kommt es dagegen zu einer Verminderung oder sogar Verlust der Funktionen. Wahn, formale Denkstörungen, Ich-Störungen sowie Halluzinationen gelten als Kernsymptome einer schizophrenen Psychose in der akuten Krankheitsphase. Wahn (unkorrigierbare falsche Überzeugung der Realität) tritt bei schizophrenen Psychosen häufig in Form von Verfolgungswahn auf (Robert Koch-Institut, 2010).

PRÄVALENZ

In bisher allen untersuchten Populationen konnte der Symptomkomplex der Erkrankung zu einem sehr ähnlichen Prozentsatz, unabhängig vom Kulturkreis, gefunden

werden. Jablensky (1995, zitiert nach Olbrich, Leucht, Fritze, Lanczik & Vauth, 2008) zeigte dies anhand verschiedener, ausgesuchter Prävalenzstudien ab 1931, in denen jeweils große Populationen unterschiedlicher Länder, zum Teil mit Retestuntersuchungen, untersucht worden sind. Dabei wiesen die Studien Prävalenzen zwischen 1,4 und 3,9 auf 1000 Personen auf. Das Robert Koch-Institut (2010), ebenso Gaebel (2002), weisen auf ein Lebenszeitrisko von ca. 1% hin, wobei es keine erkennbaren Zu- oder Abnahmen über die Zeit gibt. Die meisten Betroffenen erkranken erstmalig zwischen dem 18. und dem 35. Lebensjahr. Dabei sind Männer und Frauen gleich häufig betroffen, auch wenn Männer im Schnitt einige Jahre vor Frauen erkranken (Olbrich et al., 2008, Gaebel, 2002).

VERLAUF

Es können neben unterschiedlichen Krankheitsbildern (Paranoide Schizophrenie, Hebephrene Schizophrenie, Katatone Schizophrenie etc.) (vgl. Dilling et al., 2004) verschiedene Stadien innerhalb des Verlaufs der Erkrankung unterschieden werden. Nach akuter Exazerbation einer psychotischen Episode kann sich der Verlauf unterschiedlich gestalten. Etwa 20 bis 25% erleiden nur eine einzige Episode und erreichen nach der Behandlung vollständige psychische Gesundheit (Robert Koch-Institut, 2010). Einige Betroffene erleben eine unvollständige Remission. Weiterhin kann es auch zu episodischen Verläufen mit verschiedentlich ausgeprägten Residuen kommen (Gaebler, 2002). Eine „Daumenregel“ besagt, dass etwa ein Drittel der Betroffenen im Anschluss an eine akute Episode ein „normales Leben“ weiterführen kann, ein weiteres Drittel behält deutliche Symptome zurück, ist jedoch sozial integriert, während das letzte Drittel durch schwere Beeinträchtigungen dauer- oder teilzeithospitalisiert leben muss (Gaebler, 2002). Als Indikatoren eines positiven Krankheitsverlaufs gelten unter anderem: weibliches Geschlecht, gesunde prämorbid Persönlichkeitsstruktur, soziale Integration sowie ein akuter Krankheitsbeginn mit affektiver Symptomatik (Gaebler, 2002). Erkrankte haben eine deutlich höhere Mortalitätsrate als gesunde Personen. Insbesondere das Suizidrisiko ist mit 10 bis 15% drastisch erhöht (Gaebler, 2002).

Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Lebensführung können als beträchtlich angesehen werden. Dabei sind häufig alle Bereiche des Lebens betroffen. Neben dem Einfluss auf Beziehungen, Freundschaften und soziales Leben, sind Freizeit und berufliche Tätigkeiten berührt. Je nach Art und Schwere der Erkrankung treten dabei verschiedene Aspekte und Probleme in den Vordergrund und bestimmen die Folgen.

Die Phase des Erwachsenwerdens und die damit verbundene berufliche Orientierung stellt hierbei eine besondere Herausforderung dar. Bei Studierenden ist aufgrund verschiedener Aspekte, auf die im folgenden Kapitel näher eingegangen werden soll, von einer erhöhten Belastung auszugehen. Ob diese einen Einfluss auf das Wohlbefinden und damit auf die psychische Gesundheit von Studierenden haben, soll im Hinblick auf die oben genannten psychischen Störungsbilder und vor dem Hintergrund der spezifischen Aspekte des studentischen Lebens in der vorliegenden Arbeit untersucht werden.

2.2 Studierende in Deutschland¹

Im Folgenden soll die Lage der Studierenden in Deutschland näher beleuchtet werden. Dabei sollen zunächst allgemeine Fakten und Zahlen dargelegt werden. Im Weiteren soll auf spezifischere (Problem-)Bereiche, wie beispielsweise die finanzielle Lage der Studierenden, eingegangen werden. Hintergrund ist hier, dass dies als ein besonders bedeutendes Thema im studentischen Leben erachtet wird und sich einige Belastungsfaktoren für das studentische Leben daraus ableiten lassen. Daran anschließend wird der Übergang zu einem Studium als Herausforderung und mit seinen Entwicklungsanforderungen insbesondere in der Phase der Spätadoleszenz erörtert. Gefahren und Risiken, die ein Studium in dieser Lebensspanne mit sich bringen, werden diskutiert.

Schließlich wird auf die Epidemiologie psychischer Schwierigkeiten und Störungen im studentischen Kontext auf nationaler und europäischer Ebene eingegangen. Als Schnittstelle zur gemeinsamen Untersuchung mit Hammerschmidt (2011) wird, neben der Datenlage zu psychischen Erkrankungen, die in Studien erhoben wurden, auch der Substanzkonsum bei Heranwachsenden und Studierenden detaillierter beleuchtet. Dies ist wichtig, da psychische Belastungen auch in Bezug auf den Konsum von Alkohol betrachtet werden. In einem letzten Punkt wird Bezug genommen zu Hilfesuchverhalten in studentischen Beratungskontexten, hier am Beispiel der Freien Universität Berlin.

2.2.1 Fakten zu Studierenden in Deutschland

Studierende machen einen nicht unerheblichen Anteil der Bevölkerung aus. Im Wintersemester 2008/09 waren 1.998.060 deutsche und ausländische Studierende, also rund zwei Millionen, an deutschen Hochschulen immatrikuliert (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010). Dabei waren 1.397.492 Studierende an Universitäten immatrikuliert und weitere 600.568 an Fachhochschulen. Im Vergleich zum Wintersemester 2005/06, in dem der letzte Sozialbericht erhoben wurde, bedeutet dies eine Steigerung um 2,3%. Diese Subpopulation unterscheidet sich in vielerlei Hin-

¹ Der folgende Abschnitt wurde gemeinsam mit Christian Hammerschmidt (2011) verfasst. Es finden sich neben ähnlichen und identischen Teilen, die für beide Arbeiten gleichsam relevant sind, in beiden Arbeiten den jeweiligen Schwerpunktsetzungen entsprechende inhaltliche Unterschiede.

sicht von der „Normalbevölkerung“ und von Heranwachsenden ohne Hochschul-
laufbahn.

Die Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (2010) liegt inzwischen in der 19. Version vor. Dabei hat jeder Sozialbericht unterschiedliche Schwerpunktthemen, weshalb im Folgenden sowohl auf Daten des 18. Sozialberichts aus dem Jahr 2007 sowie auch des 19. Sozialberichts (2010) zurückgegriffen wird. Eines der Schwerpunktthemen des 18. Sozialberichts lag auf gesundheitlichen Beeinträchtigungen Studierender, weshalb die folgenden Daten zur Gesundheit Studierender ausschließlich dem älteren Bericht entnommen sind. Die Erhebung, die im Sommersemester 2009 durchgeführt wurde und aus der der 19. Sozialbericht hervorging, umfasst Daten von 16.390 Studierenden an 210 Hochschulen und ist repräsentativ für die Studierenden an den verschiedenen Hochschulen Deutschlands. Ausgeschlossen von der Befragung sind Verwaltungsfachhochschulen, Hochschulen für das Fernstudium und Bundeswehr-Universitäten. Die ab Beginn der 1970er Jahre aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung geförderte Befragung wird seit 1951 in meist dreijährigem Rhythmus durchgeführt. Sie ist angelegt als ein auf wissenschaftlichen Methoden basierendes Berichtssystem, welches das Ziel hat, mittels Befragungen ein umfassendes Bild der Situation von Studierenden in Deutschland aufzuzeigen. Zusätzlich werden auch Aspekte der Gesundheit, familiäre wie finanzielle Situation etc. erfragt. Die Sozialerhebungen stellen die längsten Untersuchungsreihen, außerhalb der amtlichen Statistiken, zur Studierenden- und Hochschulforschung, dar. Im Rahmen der Datenerhebung wird eine repräsentative Stichprobe deutscher sowie ausländischer Studierender an verschiedenen Hochschulen schriftlich befragt. Dabei steht die Untersuchung unter der Grundannahme, dass das erfolgreiche Absolvieren eines Hochschulstudiums nicht ausschließlich vom Lernen und seinen Bedingungen abhängt, sondern auch von anderen Faktoren wie bspw. der sozialen und wirtschaftlichen Lage, die im Fokus der Befragung des 19. Sozialberichts steht.

Die Geschlechterverteilung von weiblichen und männlichen Studierenden ist seit 2002 annähernd stabil geblieben. Dabei betrug die Quote im Wintersemester 52,2% Männer und 47,8% Frauen. Nur auf Länderebene waren geringe Unterschiede zu erkennen. Unterschiede zeigten sich hier bezüglich der Anteile auf die einzelnen

Hochschularten. Frauen waren beispielsweise an Kunsthochschulen (57,5% Frauen: 42,5% Männer) sowie an Universitäten (51,6% Frauen: 48,4% Männer) anteilig häufiger vertreten als Männer, welche stärker an den Fachhochschulen anzutreffen sind (38,4% Frauen: 61,6% Männer). Der Altersdurchschnitt beträgt 24,5 Jahre, für Studierende eines Erststudiums liegt er mit 24,1 Jahren etwas niedriger. Die Bachelor-Studierenden sind im Schnitt am jüngsten, gefolgt von Staatsexamen-Studenten und Master-Studenten. Bedingt durch den früheren Studienbeginn sind Frauen durchschnittlich jünger als ihre männlichen Kommilitonen, die zum Teil zum Wehr- oder Ersatzdienst herangezogen werden. Dabei scheint sich der Effekt jedoch zu nivellieren, da immer weniger Männer zur Bundeswehr gehen oder einen Ersatzdienst ableisten. Bezogen auf die familiären Verhältnisse zeigt sich ein Trend, der seit Jahren stabil bleibt. Mehr als die Hälfte der Studierenden (62%) lebt in einer festen Partnerschaft, weitere 43% sind ohne Partner. Nur 6% der Studentinnen und 4% der männlichen Studenten sind verheiratet. Weiterhin haben 5% der Erststudierenden mindestens ein Kind (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010).

STUDENTISCHE FINANZEN

Die Berichterstattung über die finanzielle Lage der Studierenden ist eines der Schwerpunktthemen der 19. Sozialerhebung. Dies begründet sich unter anderem durch die Einführung der Studiengebühren in einigen Bundesländern im Sommersemester 2007 und den angenommenen Veränderungen, die sich daraus ergeben (vgl. Heine, Quast & Spangenberg, 2008). Die vermuteten Folgen ließen sich in der vorliegenden Sozialerhebung erstmals untersuchen. Der „durchschnittliche Studierende“ verfügt über einen monatlichen Betrag von 812 Euro, wobei die Spannweite als beträchtlich anzusehen ist. Etwa 20% verfügen über ein monatliches Einkommen von weniger als 600 Euro, weitere 17% verfügen über mehr als 1000 Euro pro Monat. Vergleicht man dies mit dem BAföG-Höchstsatz von 640 Euro, leben viele Studierende unterhalb dieses Betrags und somit unter dem Existenzminimum (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010). Wichtig erscheint an dieser Stelle die Erwähnung, dass der Betrag der Studiengebühren von 1000 Euro, wie er in den Bundesländern die Regel ist, ungefähr 10% des Jahresbudgets des zur Verfügung stehenden Geldes ausmacht. Aus diesen Zahlen ergibt sich, dass ein nicht zu vernach-

lässiger Anteil der Studierenden in als nicht adäquat einzustufenden finanziellen Verhältnissen lebt.

Die Mehrheit der Studenten (87%) erhält finanzielle Unterstützung aus dem Elternhaus mit einem durchschnittlichen Betrag von 445 Euro/Monat (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010; Heine et al., 2008). Zusätzlich arbeiten 65% der Studierenden neben dem Studium und verdienen hier im Durchschnitt 323 Euro/Monat. Weitere bekommen Geld von Verwandten, Lebenspartnern, Stipendien, BAföG etc. Immerhin 3% der Studierenden haben zur Finanzierung des Studiums einen (Bildungs-)Kredit aufgenommen. Die Anzahl hat sich seit 2006 verdoppelt (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010). Eine Umfrage im Auftrag des Reemtsma-Begabtenförderungswerkes (vgl. Spiegel Online 2009d) zeigte, dass Geldsorgen ein häufiger Grund für einen Studienabbruch sind. Etwa jeder dritte Student in den ersten Semestern dachte demnach schon über den Abbruch des Studiums nach. Unter den finanziell schlechter gestellten Studenten waren es sogar 53%, bei Studenten ohne finanzielle Sorgen dagegen nur 20%. Lediglich 3 bis 4% der Studenten gaben keine Probleme bei der Finanzierung des Studiums an. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in der Finanzierung des Studiums bezüglich der Herkunft der Studierenden. Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern können in weniger Fällen auf die Unterstützung der Eltern zurückgreifen und verdienen zu einem größeren Anteil das Geld für ihren Lebensunterhalt mit einem Nebenjob (Heine et al., 2008).

Von den 63% der Studierenden, die im Sommersemester 2006 erwerbstätig waren, waren 33% dies dauerhaft. Das heißt, dass die Erwerbstätigkeit der Studierenden nicht nur auf die vorlesungsfreie Zeit beschränkt ist, sondern oft in den Alltag integriert werden muss. Dabei ist die Zahl der arbeitenden Studenten im Vergleich zur Erhebung des Jahres 2003 um 3% erstmals, nach Jahren des Anstiegs, wieder gesunken. Gründe könnten unter anderem in der Einführung von Langzeit- und Studiengebühren in einigen Bundesländern gesucht werden, die viele Studierende zu einem schnellen Abschluss oder zur Aufgabe des Studiums zwingen. Insbesondere die Gruppe der Langzeitstudierenden hatte einen großen Anteil an der Erwerbsquote.

Des Weiteren trägt die Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge dazu bei, da die Studenten sich strengeren Strukturen als in vorherigen Studiengängen zu fügen haben, die die Aufnahme eines Nebenjobs erschweren können (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007).

45% der Befragten gaben an, aus einer Notwendigkeit heraus arbeiten zu gehen. Studierende arbeiten aber nicht ausschließlich zur Sicherung ihres Lebensunterhalts. Weitere Gründe sind das Sammeln praktischer Erfahrungen (26%) im beabsichtigten Beruf, Kontaktaufnahme wie auch die angestrebte Unabhängigkeit von den Eltern (30%). Die ausgeführten Tätigkeiten sind dabei vielfältig. Meist handelt es sich um Aushilfstätigkeiten (40%) wie Kellnern, Taxifahren und Verkauf. Etwa ein Drittel der Studierenden (32%) sind als studentische Hilfskräfte an den Universitäten beschäftigt.

Heine et al. haben nach einem Auftrag des Hochschulinformationssystems (HIS) im Jahr 2008 eine Befragung zur Einführung der Studiengebühren und ihren Konsequenzen bei den Studienberechtigten durchgeführt. Der Bericht basiert auf einer repräsentativen Stichprobe von 5.240 Abiturienten und Personen, die die Fachhochschulreife erworben hatten. Die Untersuchung fand Ende 2006 bis Anfang 2007, als bereits Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen Studiengebühren für Studienanfänger eingeführt hatten, statt. Weitere Länder planten deren Einführung ab den kommenden Semestern. Es zeigte sich, dass, aufgrund der entstehenden Studiengebühren, etwa 4% der Studienberechtigten des Jahrgangs 2006 angaben, sich das ursprünglich angestrebte Studium nicht leisten zu können. Weitere 1% der Befragten äußerten Unsicherheit, ob sie das Studium aufnehmen sollten. Dabei erwogen jedoch etwa 60% derer, die ein Studium zum aktuellen Zeitpunkt ausschlossen, dieses zu einem späteren Zeitpunkt aufzunehmen. Somit kann, durch die Einführung der Studiengebühren, von einem Anteil von „abgeschreckten“ Studienberechtigten zwischen mindestens 1,4% (Aufnahme eines Studiums wird definitiv ausgeschlossen) und maximal 4,4% (Studium wird eventuell noch in Erwägung gezogen) ausgegangen werden. Nach Heine et al. (2008) handelt es sich in absoluten Zahlen um 6.000 bis 18.000 Studienberechtigten, die die Aufnahme eines Studiums unter diesen Umständen ausschließen. Betroffen waren hier insbesondere Frauen sowie Kinder aus

nicht-akademischen Elternhäusern. Nur 2% entschieden sich explizit für die Aufnahme eines Studiums in einem Bundesland mit Studiengebühren, da sie sich eine bessere Ausbildung versprochen.

Brandstätter und Farthofer (2003) konnten in einer österreichischen Studie nachweisen, dass das Ausmaß der Erwerbstätigkeit Studierender einen zum Teil erheblichen Einfluss auf den Erfolg und die Zufriedenheit des Studiums hatte. Außerdem konnte ein Zusammenhang mit der Häufigkeit des Studienabbruchs ermittelt werden.

2.2.2 Studierende und die Phase der Spätadoleszenz

Der „typische Student“ nimmt sein Studium im „frühen Erwachsenenalter“ auf, das formal durch den Altersbereich zwischen 18 und 29 Jahren definiert ist (Krampen & Reichle, 2002). Somit fällt die Phase der „Spätadoleszenz“, mit ihrer Spanne zwischen 18 und 24 Jahren, in diesen Altersabschnitt (Teuwsen, 2001). Trotz dieser kleinen Unterschiede sollen die Begriffe im Folgenden synonyme Verwendung finden.

Der Lebensabschnitt des frühen Erwachsenenalters, als *„eine der bedeutendsten sozialen Transitionen, die das Individuum im Laufe seiner Ontogenese durchläuft“* (Reis, 1997, S. 176) ist gekennzeichnet durch vielfältige Herausforderungen, die zum Teil als risikobehaftet bezeichnet werden können. *„Das Problemspektrum wird wesentlich durch die hinzukommende Übernahme von Eigenverantwortung für langfristig wirkende, vergleichsweise irreversible Entscheidungen erweitert“* (Reis, 1997, S. 176). Diese „Problem Bereiche“, auch „Entwicklungsaufgaben“ genannt, umfassen neben dem endgültigen Abschluss der Adoleszenz, der Ablösung vom Elternhaus und der Aufnahme oft langfristiger Partnerschaften, eine weitere Ausbildung der Identität sowie den Einstieg in das Berufsleben oder die Wahl eines Studienfachs und den Eintritt in das universitäre Leben (vgl. Holm-Hadulla, Hofmann, Sperth & Funke, 2009; Krampen & Reichle, 2002; Papastefanou & Buhl, 2002; Teuwsen, 2001). Ziel ist die absolute Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, sowohl in lebenspraktischen Dingen, wie auch Entscheidungen und Verantwortlichkeiten betreffend.

Bereits Anna Freud sah das seelische Gleichgewicht in Gefahr, verursacht durch die turbulenten Jahre der Adoleszenz (Freud, 1936, zitiert nach Leuzinger-Bohleber, 2001). Wird auf die negative Konnotation verzichtet, ist zu erkennen, dass jedoch nur

über die Konfrontation und Bewältigung von sogenannten Krisen eine Weiterentwicklung und Reifung der Persönlichkeit möglich ist. Je nach individuellen Vulnerabilitäten generiert sich eine Stärkung oder aber als anderes Extrem des Kontinuums die Ausbildung einer psychischen Störung.

Habermas wies bereits 1959 darauf hin, dass Studierende sich in einer „*eigentümlichen Situation*“ (Habermas, 1959, zitiert nach Krüger, 1969, S. 28) befänden, die sich dadurch auszeichne, „*dass der Student halb erwachsen ist, halb nicht erwachsen sein darf*“ (Habermas, 1957, zitiert nach Krüger, 1969, S. 28). Von Studierenden würde auf der einen Seite eine höhere intellektuelle Leistungsfähigkeit verlangt, zum anderen würde ihnen jedoch nicht der gleiche Status wie bereits im Berufsleben verorteten Gleichaltrigen zugestanden (Krüger, 1969). Krüger (1969) sprach von einer „*festgehaltenen Kindersituation*“, die bei den Betroffenen zu Konflikten führen könne, wenn diese sich nicht mit dieser Unmündigkeit abfinden wollten. Schon zum damaligen Zeitpunkt erkannte er das Spannungsfeld, in dem sich die Studierenden bewegten. Zum einen eine Art nicht vollständiger beruflich-gesellschaftliche Akzeptanz, zum anderen jedoch, als „Bildungselite“, eine hohe Effizienzerwartung, die von der Gesellschaft an sie herangetragen wurde, die sowohl eine schnelle als auch eine erfolgreiche Beendigung des Studierendenstatus nach sich zog. In diesem Zusammenhang wurde von einer *Inkonsistenz der Rollen* gesprochen (Krüger, 1969; Kaplan (o.J.), zitiert nach Krüger, 1969; Lipset (o.J.), zitiert nach Krüger, 1969).

Spannungen und Probleme des Studierendendaseins zu analysieren wurde jedoch zum damaligen Zeitpunkt als wirtschaftlich nicht rentabel angesehen, weshalb keine kritische Auseinandersetzung mit den Gründen stattfand. Krüger schrieb sogar, dass der Begriff des „*psychisch kranken Studenten*“ (vgl. Krüger, 1969, S. 28) dankbaren Anklang fand, da er eine Problemlösung ohne eigene Positionsveränderung erlaubte. Hier sah er eine wichtige Aufgabe der Sozialwissenschaften in Bezug auf kritischen, sorgfältigen Umgang mit Daten.

Dabei wurde die Aufnahme eines Studiums bereits von Steward et al. (1982) als *normatives, kritisches Lebensereignis* analysiert. Zudem sollte nicht aus den Augen verloren werden, dass mit der Aufnahme eines Studiums die Anerkennung der Gesellschaft als erwachsener Mensch meist hinausgezögert wird, zumindest in den Augen

vieler Eltern und großer Teile der Gesellschaft. So spricht Erikson (1959) auch von einer „prolongierten Adoleszenz“ oder von der „wahrscheinlich größten, gesellschaftlich organisierten, künstlichen Verschiebung des Erwachsenenstatus“. Studierende befinden sich oftmals in einer widersprüchlichen Lebenslage. Einerseits sind sie ihrem Alter entsprechend mündige Bürger. Auf der anderen Seite sind sie existentiell oft noch von ihren Eltern abhängig, haben nur selten ein gefestigtes Privatleben und sind, nicht zu vergessen, noch in einer Ausbildungssituation, in der vieles von ihnen, oft parallel, verlangt wird, wie eigenständiges Lernen und Studieren, regelmäßige Teilnahme an Vorlesungen, Seminaren und Übungen, Durchsetzungsfähigkeit, Angstfreiheit bei Redebeiträgen und Referaten, selbstständiges Verfassen von wissenschaftlichen Texten, angemessenes Auftreten in Prüfungssituationen etc. Viele Studierende haben aber gerade in diesen Bereichen – nicht zuletzt durch eine mangelnde schulische Vorbereitung – oft erhebliche Probleme; kommen hier noch Schwierigkeiten bei der eigenständigen Haushaltsführung hinzu, kann dieses zu ausgeprägten Insuffizienzgefühlen und damit wieder zu Gefühlen von Abhängigkeit führen (Flögel, 2005). Einer der wesentlichsten Faktoren für ein Insuffizienzerleben scheint die materielle Abhängigkeit zu sein. Während berufstätige Gleichaltrige bereits eigenes Geld verdienen und selbstständig für ihren Unterhalt sorgen, kommen die meisten Studierenden nicht ohne elterliche Unterstützung aus (Schnitzler, Isserstedt & Müßig-Trapp, 2001).

Im Gegensatz zu traditionellen Gesellschaften, sind die individuellen Lebensläufe in der heutigen postmodernen Technologiegesellschaft nicht mehr vorgezeichnet oder einheitlich. Bereits 1968 bezeichnete Keniston diese Phase zwischen Jugend und Erwachsenenalter als „Post-Adoleszenz“. Der Prozess des Erwachsenwerdens verlaufe immer weniger einheitlich, sondern vielmehr ist eine Reihe unterschiedlicher Abläufe möglich. Einzelne Abschnitte und ihre Abfolge, wie Schulabschluss, Auszug, Berufsausbildung, Heirat und Familiengründung, seien nicht mehr als einheitlich vorauszusetzen (Papastefanou & Buhl, 2002). Dieser Umstand bezieht sich sowohl auf das Privat- wie auch auf das Berufsleben. Während einige bereits in frühen Lebensjahren eine Familie gründen, ist dies insbesondere im studentischen Milieu „nach hinten verschoben“. Krampen und Reichle (2002) sprechen von der Ausbildung so-

genannter „Patchwork-Identitäten“, als Abschied der *„geringer werdenden Passung zwischen universell angelegten Phasenlehren zur psychosozialen Entwicklung und Persönlichkeitsentwicklung auf reale Entwicklungsprozesse in den (post-) modernen Gesellschaften“* (zitiert nach Krampen & Reichle, 2002, S. 321-322).

Papastefanou und Buhl (2002) gehen so weit zu sagen, dass ein Auseinanderklaffen zwischen ökonomischer und psychischer Unabhängigkeit charakteristisch für die Generation sei und somit nicht eben nur für die Subpopulation der Studierenden. Während sich u.a. die psychosexuelle Reife nach vorn verlagere, würden Heirat, Auszug und die Gründung einer Familie nach hinten verschoben werden. Chrisholm und Hurrelmann (1995) bezeichnen diesen Effekt als *„strukturiertes Paradoxon“*.

Aber nicht nur in der Beurteilung durch andere Personen ist dies der Fall, auch die Sichtweise der Person selber hat einen nicht unerheblichen Anteil. Nusko (2001) beschreibt, dass die *„verlängerte Adoleszenz“* bei Studenten zum Teil bis ins vierte Lebensjahrzehnt hineinreicht. Dieser Umstand, der von Laufer (1988) als *„Entwicklungszusammenbruch“* bezeichnet wird, ist oft ein Grund für die Ausbildung pathologischer seelischer Störungen, die beispielsweise zum Aufsuchen von Studierendenberatungsstellen führen können (Nusko, 2001).

Bohleber (1996) geht sogar so weit zu sagen, dass insbesondere die Spätadoleszenz als Zeit der Krisen zu verstehen ist. In dieser Übergangsphase würden die Weichen für eine stabile seelische Verfassung gestellt (Leuzinger-Bohleber, 2001). Die Persönlichkeit und Selbstvorstellung würden von einem *„Nebeneinander“* zu einer integrierten Selbstrepräsentanz verknüpft, auf dessen Grundlage in Folge eine stabile Identität fußen kann. Diese Stabilität kann als Grundvoraussetzung für die Entwicklungsaufgaben, die im Erwachsenenstatus bevorstehen, angenommen werden. Greve (2000) setzt das Ende der Adoleszenz mit dem Zeitpunkt gleich, an dem das Individuum wisse, wer es sei und wer es sein wolle. Nach Erikson (1984, zitiert nach Hofer & Pikowsky, 2002) ist die Ausbildung einer eigenen Identität, welche ein lebenslanger Prozess ist, in dieser frühen Phase des Erwachsenwerdens als zentral anzusehen.

Geht man auf die Suche nach Gründen für die Anfälligkeit für psychische Störungen, so kann zusammenfassend davon ausgegangen werden, dass die Phase der Spätadoleszenz als sensibel zu bewerten ist (Holm-Hadulla, 1995).

2.2.3 Studium als Phase der Transition

Mit dem Abschluss der Schule und der Aufnahme eines Studiums wird ein neuer Abschnitt im Leben beschritten. Während die Schule ein Ort war, der oft klar formulierte Erwartungen an die Schüler herantrug, ist mit dem Wechsel an die Universität mehr Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit gefordert. Der Eintritt in die Hochschule gleicht einem „Kulturschock“, in dem viele Begegnungen, Freiheiten und Möglichkeiten sowie Anforderungen an die jungen Erwachsenen herangetragen werden (Preuss-Lausitz, 1969; Pascarella & Terenzini, 1991, zitiert nach Berk, 2005).

Neben den akademischen und leistungsorientierten Herausforderungen, kommen auch ganz lebenspraktische Anforderungen auf die Studienanfänger zu. Viele Studenten ziehen aus dem Elternhaus aus, um an der Universität ihrer Wahl studieren zu können, was neben dem Auszug auch oftmals einen Wohnortwechsel nach sich zieht. Das bedeutet eine Distanz zu bisherigen Freunden, vertrauter Umgebung und nicht zuletzt dem schützenden familiären Rahmen. Neben der räumlichen Distanz kommt es oft auch zu einer emotionalen Distanzierung vom Elternhaus. Ein Großteil der Studierenden beginnt mit Aufnahme des Studiums auch erstmals selbstständig Geld zu verdienen (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010; Holm-Hadulla et al., 2009). Viele Erwachsene erleben ihre Studentenzeit rückblickend als eine der einflussreichsten Zeiten ihres Lebens. Berk (2005) bezeichnet sie als „Testraum der Entwicklung“, in der ein Großteil der Kraft und Aufmerksamkeit der Entdeckung von alternativen Werten, Rollen und Verhaltensweisen gewidmet ist.

Die Universität stellt ein neues Sozialisationsfeld dar, mit neuartigen Erwartungen und Anforderungen an die „neuen“ Studierenden. Nach Seiffge-Krenke (1994) sind Personen in ebensolchen Transitionsphasen besonders anfällig für die Ausbildung potentieller Krisen. „Krise“ steht in diesem Zusammenhang für Ereignisse im Leben, in deren Folge eine interne Restrukturierung nötig ist, da sie die Mensch-Umwelt-Balance in gewisser Hinsicht stören. Wenn diese Anpassung und Neuorientierung

jedoch nicht gelingt, können psychische und/oder körperliche Probleme eine der Folgen sein (Hornung & Fabian, 2001, Hornung, 1999). Mögliche Belastungen, aber auch Ressourcen werden folgend beschrieben.

2.2.4 Belastungen und Ressourcen im Studium

Es gibt, je nach wissenschaftlichem Blickwinkel, eine Vielzahl von Modellen für die Erklärung der Entstehung von psychischen Erkrankungen. So gibt es disziplinspezifische Modelle, beispielsweise soziologische, medizinische, biologische oder psychologische. Betrachtet man nur letztere, so haben unterschiedliche Schulen voneinander abweichende, „schulenspezifische“ Modelle entwickelt, um Störungen zu erklären. Als ein fach- und schulübergreifendes Modell, welches versucht, möglichst viele Aspekte zu berücksichtigen, ist das *Bio-psycho-soziale Störungsmodell* (vgl. Engel, 1977) und dessen Erweiterungen, wie beispielsweise das *Diathese- oder Vulnerabilitäts-Stress-Modell* (Zubin & Spring, 1977), anzusehen. Hierbei werden sowohl biologische (wie beispielsweise genetische Faktoren) als auch psychosoziale Prädispositionen (wie chronische Belastungen, soziale Herkunft etc.) als Grundvoraussetzungen angesehen, welche durch das Hinzuführen von Belastungen („Stress“) zu psychischen Störungen führen können. In gleicher Weise können jedoch auch „positive“ Prädispositionen, wie beispielsweise eine genetisch bedingte erhöhte Erregungsschwelle und eine günstige psychosoziale Herkunft, die Entstehung einer psychischen Störung *trotz* Belastung verhindern. Darüber hinaus nehmen diverse Moderatorvariablen (protektive Faktoren wie Risikofaktoren) Einfluss auf die aktuelle Situation und beeinflussen den weiteren Verlauf günstig oder ungünstig. Dies könnte beispielsweise im negativen Sinn ein missbräuchlicher Alkoholkonsum sein, im positiven die Aufnahme einer partnerschaftlichen Beziehung.

Auch nach Hornung und Fabian (2001) ergibt sich die psychophysische Gesundheit von Personen aus einer Balance zwischen Belastungen und Ressourcen. Auf der Seite der Belastungen stehen beispielsweise studienspezifische Sorgen, aber auch Sorgen in anderen Lebensbereichen, die meist mit unzureichenden Bewältigungsstrategien zu lösen versucht werden. Die andere Seite, die Ressourcen, wird gestärkt durch den

Selbstwert, empfundene Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung. Hier liegen zu größeren Teilen angemessene Strategien der Bewältigung vor.

Stewart et al. (1982) unterscheiden in ihrem *Modell der sozio-emotionalen Anpassung* beim Übergang ins Studium zwischen drei Phasen:

1. *Informationsaufnahme und Orientierung*: Ziel ist die möglichst umfassende Orientierung innerhalb der Strukturen und Regelungen des neuen Systems. Risiken können durch Isolation, Konformismus oder Uniformiertheit entstehen.
2. *Autonomiestreben und Selbstbehauptung*: Ziel ist die eigenständige Auseinandersetzung mit den bestehenden Strukturen und Regelungen. Problematisch kann „Mitläufertum“, generalisierter Widerstand und auch geringe Offenheit gegenüber Neuem sein.
3. *Sozial-emotionale Integration*: Ist die sozial-emotionale Integration erfolgreich, so ist die Adaption an den neuen Lebensabschnitt gelungen, während Isolation Vulnerabilität gegenüber beispielsweise einem Studienabbruch, Konsequenzen einer nicht geglückten Adaption darstellen können.

2.2.5 Gesundheit von Studierenden

Generell kann die Phase der späten Adoleszenz, der das Studentenleben zugerechnet wird, als gesundheitlich sorgenfreie Zeit betrachtet werden. Die Sozialerhebung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung erfragt seit der 12. Version auch den Anteil der Studierenden, die körperlich beeinträchtigt sind, worunter Behinderungen wie auch chronische Erkrankungen zu verstehen sind. Aktuellen Zahlen zufolge sind ca. ein Fünftel der Studenten (19%) gesundheitlich beeinträchtigt. Die Art der gesundheitlichen Einschränkungen variiert von Allergien, Hauterkrankungen zu Sehschädigungen und Stoffwechselerkrankungen (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007). Dabei sind chronisch-degenerative Erkrankungen stärker verbreitet als akute oder Infektionserkrankungen, wie es noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts der Fall war. Diese Trendwende lässt sich unter anderem auf einen veränderten Lebensstil zurückführen, der ungesunde Lebensgewohnheiten sowie unterschiedlichste Belastungsquellen mit sich bringt (Allgöwer, 2000).

Von den beschriebenen 19% der Studierenden, die gesundheitlich beeinträchtigt sind, fühlen sich 44% durch ihre Erkrankungen im Studium eingeschränkt (22% schwach, 13% mittel und 8% stark). Diese Zahlen decken sich nur teilweise mit denen anderer Befragungen, in denen sich nur 15,1% der Befragten als belastet durch ihre Krankheit empfanden (Allgöwer, 2000).

Im Gesundheitsbericht des Bundes (Robert Koch-Institut, 2006) schätzen 90,1% der 18 bis 29-jährigen Männer und 86,7% der Frauen der gleichen Altersgruppe ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bis „gut“ ein. Lediglich ein Prozentsatz von 0,8% der Männer und 1,9% der Frauen bezeichnen ihn als „schlecht“ bis „sehr schlecht“. Betrachtet man diese Zahlen, so fällt auf, dass sich Studenten in erheblicherem Maß als die Allgemeinbevölkerung der gleichen Altersgruppe als gesundheitlich eingeschränkt empfinden. Allerdings ist fraglich, ob die Zahlen vergleichbar sind, da keine weiteren Informationen über die Erhebungsmethode vorliegen.

In diesem Zusammenhang lieferte auch eine Untersuchung aus der Schweiz interessante Ergebnisse. So scheint es einen Zusammenhang zwischen Dauer des Studiums und der Gesundheitswahrnehmung zu geben: Studierende nahmen sich in der Studie von Brunner und Bachmann (1999) am Anfang des Studiums als am gesündesten wahr. 36,4% der Erstsemester beurteilten ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“, weitere 50,6% als „ziemlich gut“. Der Rest schätzte seinen Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ (12%) oder gar „schlecht“ (1,5%) ein. Diese Einschätzungen veränderten sich jedoch mit dem Fortgang des Studiums. War in der mittleren Phase lediglich eine geringfügige Verschlechterung zu verzeichnen, wurde das Befinden zum Ende des Studiums als nochmals schlechter beurteilt. Rund 6% weniger Studierende schätzten ihren Gesundheitsstatus als „sehr gut“ ein, ein Prozent mehr als zu Beginn sogar als „schlecht“. Nach einem Jahr des Studiums zeigte sich auch ein Geschlechtereffekt dahingehend, dass Studentinnen ihren gesundheitlichen Status als schlechter beurteilten, während es bei Aufnahme des Studiums keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen gab.

2.2.6 Psychische Störungen bei Studierenden in Deutschland

Obwohl Studierende einen großen Teil der Bevölkerung ausmachen (siehe oben), liegt nur eine „überschaubare“ Zahl aktueller Daten über die psychische Gesundheit von Studenten in Deutschland vor (vgl. u.a. Holm-Hadulla, Hofmann, Sperth & Funke, 2009; Bailer, Schwarz, Witthöft, Stübinger & Rist, 2008; Seliger & Brähler, 2007; Pauly, 2004; Paeßens, 2004; Dinkel, Berth, Exner, Rief & Balck, 2003; Soeder, Bastine & Holm-Hadulla, 2001; Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Krüger et al., 1986). Die vorliegenden Studien sind aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Fragestellungen zwar oft nicht oder nur schwer miteinander vergleichbar, dennoch soll hier – zumindest beschreibend – Bezug genommen werden.

Seinen Anfang nahm die Forschung über Studenten im Rahmen von Untersuchungen innerhalb der Beratungsstellen für Studierende. Somit waren die Teilnehmer entweder bereits in Behandlung oder hatten die Beratungsstelle zumindest mit dem Ziel einer Beratung aufgesucht (Moeller & Scheer, 1974; Ziolkow, 1969). Dabei wurde bereits spätestens ab 1954 auf die Wichtigkeit der Ursachenforschung und Hilfe bei psychischen Störungen hingewiesen (Ziolkow, 1969). Als Ziele wurden bereits zu diesem frühen Zeitpunkt eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Leistungsförderung sowie eine Vermeidung der „Deklassierung“, im Sinne einer Stigmatisierung der betroffenen Studierenden formuliert. Die Ansicht hatte sich zu diesem frühen Zeitpunkt jedoch noch nicht durchsetzen können. Anekdotisch wird berichtet, dass auf Kultusministerebene eine Beratungsstelle für überflüssig empfunden wurde, da Professorenkatholiken ehrenamtlich deren Arbeit übernehmen könnten (Ziolkow, 1969). In Großbritannien war bereits zu diesem Zeitpunkt klar, dass ein Großteil der Informationen über psychische Erkrankungen und deren Ausprägungen im Rahmen von Student Health Services zu erfahren waren (Oxtoby, 1969). Erst ab den 1980er Jahren wurden auch unbehandelte Studierende in die Untersuchungen einbezogen und so reelle Zahlen über das Vorhandensein psychischer Störungen unter Studierenden ermittelt, die nicht die Hilfe einer Beratungsstelle in Anspruch genommen hatten (Soeder et al., 2001).

Holm-Hadulla et al. (1997) ermittelten eine Rate von 16% psychisch beeinträchtigter Studierender an der Universität Heidelberg, die sich subjektiv als beratungs- bzw.

behandlungsbedürftig einschätzten. Die psychischen Auffälligkeiten waren meist in den Bereichen von Depressivität, Arbeitsschwierigkeiten, diffusen Ängsten und interpersonellen Beeinträchtigungen festzustellen. Unter Arbeitsschwierigkeiten sind hier Befürchtungen zu verstehen, die sich beispielsweise um das erfolgreiche Abschließen von Arbeiten, deren Strukturierung und einer adäquaten Zeiteinteilung handeln. Auch das Abwägen von wichtigen gegenüber unwichtigen Aufgaben kann zum Teil darunter subsummiert werden. In der Hauptsache handelte es sich in dieser Stichprobe um Medizin- und Psychologiestudierende (vgl. Holm-Hadulla et al., 1995). Diese Ergebnisse replizierten frühere Untersuchungen, die die Zahl behandlungsbedürftiger Studierender zwischen 10 bis 20% ansiedelten und ebenfalls Störungen in den oben benannten Gebieten, wie persönlichen Konflikten aber auch Anforderungen des universitären Lebens aufzeigten (Ziolko, 1969; Goldschmidt, 1969; Wöller, 1980; Krüger et al., 1986).

In der 18. Sozialerhebung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (2007) gaben 11% der Studierenden psychische Krankheiten an. Die Aussagen der Studierenden stützen sich dabei auf klinische Diagnosen, die sie beispielsweise durch ärztliche Befunde oder psychotherapeutische Behandlungen erhalten hatten. Die Erkrankungen wirken sich in den meisten Fällen (91%) negativ auf die Aus- und Weiterführung des Studiums aus. Obwohl Frauen mit einem Anteil von 12% häufiger von manifesten psychischen Störungen betroffen sind als ihre männlichen Kommilitonen, fühlt sich hier nur etwa jede Dritte (34%) in starkem Maß davon beeinträchtigt. Bei den 9% Männern, die psychische Störungen einräumen, berichtet hingegen fast jeder zweite (47%) von erheblichen Beeinträchtigungen. Eine psychische Erkrankung als Ursache für ein verlängertes Studium ist häufig (Schaefer, Matzeß, Pfitzer & Köhle, 2007) und liegt bei Studienunterbrechern mehr als doppelt so häufig vor wie bei Studierenden mit anderen Erkrankungen (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007). Nach einer Studie von Herzog et al. (1987) korrelierten Substanzmissbrauch als Coping-Strategie gegen Einsamkeit, depressiven Verstimmungen und Spannungszustände mit den psychosozialen Beeinträchtigungen und Studienbelastungen der Befragten.

Bailer et al. (2008) fanden in ihrer Studie über die Prävalenz psychischer Syndrome von Studierenden der Universität Mannheim heraus, dass 22,7% der 1130 Befragten Kriterien für mindestens eine der sieben erfragten psychischen Syndrome aufwiesen (*exklusive* der Personen mit Alkoholsyndrom). Dabei waren somatoforme Störungen (9,1%), Major depressive Syndroms (6%) und andere depressive Syndrome (8,1%) am häufigsten. Das Risiko für Frauen lag bei fast allen erfragten Syndromen, außer dem Alkoholsyndrom, doppelt so hoch wie für Männer. Ein Befund, der sich mit anderen Studien außerhalb des studentischen Kontextes deckt. Interessanterweise zeigten sich bei den depressiven Syndromen nur sehr geringe Geschlechterunterschiede, was nicht übereinstimmend ist zu den Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung. Bedingt durch die psychischen Beeinträchtigungen berichteten immerhin 40,3% der Befragten, dass sie zumindest leichte Einschränkungen im psychosozialen Bereich zu beklagen hätten, unter anderem bei der Anfertigung von hochschulwichtigen Arbeiten, sozialen Kontakten oder im häuslichen Kontext. Nach einer Sonderauswertung der 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks von Hahne (1999) beklagten ein Fünftel aller Studenten eine erhebliche Beeinträchtigung in ihrer Studierfähigkeit durch psychische Probleme. Insbesondere Angststörungen und Major Depression sind mit Funktionsbeeinträchtigungen assoziiert. Interessanterweise trifft dies nicht auf das Alkoholsyndrom und die Binge-Eating-Störung zu. Dabei war es unerheblich, welches Fach die Betroffenen studierten (Bailer et al., 2008). Als Einschränkung der Studie Bailers et al. (2008) ist jedoch zu erwähnen, dass es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe handelte, da die Befragten an verschiedenen Orten des Campus, wie z.B. der Cafeteria oder der Mensa, befragt wurden. Aufgrund dieser Art der Rekrutierung handelt es sich um eine selektive Stichprobe, die jedoch nach Aussage der Autoren zumindest bezüglich Geschlechterverteilung und Studienfächer eine zufriedenstellende Übereinstimmung mit der Gesamtheit der Studierenden darstelle.

Einer vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung in Auftrag gegebenen Studie der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen in Köln aus den Jahren 2002 bis 2004 zufolge, leiden ungefähr 20% der deutschen Studierenden an einer psychischen Auffälligkeit, wie Essstörungen, Depressionen oder einer Suchtproblematik (Pauly, 2004). Insgesamt beteiligten sich 2500 Studenten aus Köln, Pa-

derborn und Aachen an der Beantwortung des Fragebogens zu suchtnahen Verhaltensweisen. Befragt nach ihrer psychischen Befindlichkeit gaben hier 20,9% eine ausgezeichnete Befindlichkeit an, 55,5% eine gute, 3,6% eine schlechte und 0,9% eine miserable Bewertung an. Es zeigte sich hier eine große Übereinstimmung zur ebenfalls erhobenen physischen Befindlichkeit. Dabei gaben Männer etwa doppelt so häufig wie Frauen eine ausgezeichnete psychische Verfassung an. Im Gegensatz dazu schätzten diese sich aber fast doppelt so häufig als in schlechter seelischer Verfassung ein. Die Zahlen der erhobenen psychischen Störungen sind nicht repräsentativ, da die 100 Befragten des teilstrukturierten Interviews aufgrund ihres auffälligen Substanzkonsums zur weiteren Diagnostik eingeladen wurden. Somit handelte es sich um eine Stichprobe, die aus Studenten gezogen wurde, die alle ein problematisches Substanzkonsumverhalten aufwiesen. Es zeigte sich jedoch in dieser Stichprobe eine hohe Prozentzahl von psychisch belasteten Studierenden über verschiedene Störungsbilder hinweg, die deutlich über den Prävalenzen der Allgemeinbevölkerung liegen. Als Quintessenz der Untersuchung kann die Aussage stehen, dass die Studierenden, die bereits suchtnahes Verhalten aufweisen, mit steigendem Alter mit einer höheren Wahrscheinlichkeit komorbid von einer weiteren psychischen Störung betroffen sind (Pauly, 2004). Es zeigte sich weiterhin, dass der Studienverlauf psychisch beeinträchtigter Studenten sich anders gestaltet, als der ihrer psychisch unauffälligen Kommilitonen. So gaben sie häufigere Hochschulwechsel an, unterbrachen ihr Studium häufiger, wobei die Gründe unter anderem Zweifel an der Richtigkeit der Fächerwahl sowie Probleme im gesundheitlichen Bereich waren. Auch in dieser Untersuchung wurde im Gutachten zur Bewilligung der nötigen Forschungsgelder aufgezeigt, dass Forschung auf diesem Gebiet dringend erforderlich sei, da sie sowohl einen hohen Praxisbezug aufweise, als auch bisher ein eher „stiefmütterlich“ behandeltes Themengebiet gewesen sei.

In der Studie von Allgöwer (2000), als Grundlage für eine anwendungsorientierte Gesundheitsförderung an der Hochschule, konnte anhand des „Bielefelder Gesundheitssurveys für Studierende“ gezeigt werden, dass insgesamt 19,1% der Studierenden (15,9% der männlichen und 24,9% der weiblichen) über depressive Verstimmungen klagten. 13,1% der Befragten berichteten von Angstgefühlen, am häufigsten da-

runter die Tierphobie (27%), Sozialangst (15,7%) sowie Prüfungs- (14,6%) und klaustrophobische Ängste (13,5%).

Vergleicht man die Daten mit denen aus der Allgemeinbevölkerung, so zeigt sich, dass die Zahlen zum Teil über denen der Allgemeinbevölkerung liegen, wobei allerdings zu beachten ist, dass es sich um unterschiedliche Erhebungsmethoden und zugrunde liegenden Definitionen der Störungen handeln kann. So litten nach Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Robert Koch-Institut, 2006) 7,8% der Frauen und 4,8% der Männer zwischen 18 und 65 Jahren an Depressionen in den vorangegangenen vier Wochen. Bezogen auf Angststörungen gaben 14,2% der Befragten des Bundes-Gesundheitssurvey des Jahres 1998 an, im vergangenen Jahr unter mindestens einer Angststörung gelitten zu haben (Robert Koch-Institut, 2006), wobei Frauen deutlich häufiger betroffen waren.

Dinkel et al. (2003) konnten in ihrer Studie an 221 Studentinnen aus Marburg und Dresden nicht die Ergebnisse einer Untersuchung von Basten et al. (1994) zum Ost-Westvergleich replizieren. Waren 1994 noch die westdeutschen Studentinnen bei Angst, Depression, Somatisierung und gestörtem Essverhalten symptombelasteter als ihre ostdeutschen Kommilitoninnen, zeigte sich ein anderes Bild in der Wiederholungsstudie. Westdeutsche Studentinnen wiesen zwar keine geringere Symptombelastung als 1994 auf, dennoch zeigten die ostdeutschen Studentinnen nach zehn Jahren signifikant höhere Belastungen in den Bereichen Angst, Depression und gestörtem Essverhalten. Somatische Syndrome ließen dagegen bei beiden Stichproben nach (Dinkel et al., 2003). Über die Gründe für den Anstieg der Belastungen in den ostdeutschen Bundesländern kann nur spekuliert werden.

Aschenbrenner, Aschenbrenner, Kirchmann und Strauß (2004) untersuchten das Auftreten von gestörtem Essverhalten bei 736 weiblichen und männlichen Gymnasiasten und Studenten. Dabei gehen sie davon aus, dass ein gestörtes Essverhalten, wie beispielsweise chronisches Diätenhalten oder eine häufige gedankliche Beschäftigung mit Körpergewicht oder Figur, als „subklinische Essstörung“ angenommen werden kann. Ziel der Untersuchung war es, Prävalenzen gestörten Essverhaltens zu ermitteln sowie korrelierende Symptome und psychologische Merkmale zu erfassen. 28,5% der Frauen zeigten demnach ein gestörtes Essverhalten, wobei 18,2% ein mitt-

leres, weitere 10,3% ein hohes Risiko zur Entwicklung einer Essstörung hatten. Bei den befragten Männern wiesen 12,6% ein gestörtes Essverhalten auf, wobei jedoch bei nur 12,3% ein mittleres Risiko und 0,3% ein hohes Risiko ermittelt wurde. Der Geschlechterunterschied deckt sich mit anderen Studien aus der Allgemeinbevölkerung. Die Schülerinnen zeigten sich signifikant häufiger betroffen als die studentischen Untersuchungsteilnehmerinnen. Bei den Männern konnten keine Unterschiede aufgezeigt werden. Dabei gaben Frauen, die der subklinischen Gruppe zugehörig waren, signifikant häufiger den Einsatz gewichtsreduzierender Maßnahmen, wie Diäten, Einnahme von Medikamenten, Fastentage, Sportverhalten, an. Je höher das Risiko war, eine Essstörung zu entwickeln, desto mehr gewichtsregulierende Maßnahmen wurden von den Befragten angewendet. Die Autoren weisen jedoch auf vielfältige Einschränkungen der Studie hin, so unter anderem darauf, dass es noch keine allgemeingültigen Kriterien zur Klassifikation gestörten Essverhaltens gäbe. Im Allgemeinen weisen aber auch diese Befragungen von Studentinnen auf ein Vorhandensein psychischer Störungen im studentischen Kontext hin, die sich auf einem nicht zu vernachlässigendem Niveau befinden.

Tabelle 1: Vergleich von Studienergebnissen zum Anteil der Studierenden mit mind. einer psychischen Störung

| | Anteil der Studierenden mit mind. einer psychischen Störung | N | Methode |
|---|--|----------|---|
| Nationale Studien | | | |
| Basten et al. (1994) | separat nach Störungen unterteilt | 280 | Fragebögen (BAI, CES-D, SCL-90, EDI, RS) |
| Holm-Hadulla et al. (1997) | 16% | 346 | Gießen-Test, SCL-90, Beschwerdeliste |
| Allgöwer et al. (2000) | 19,1% | 650 | Fragebogen |
| Dinkel et al. (2003) | separat nach Störungen unterteilt | 221 | Fragebögen (BAI, ADS, SCL-90, EDI, RS) |
| Pauly (2004) | 20% (Fragebogen) | 2500 | Fragebogen (Pauly, 2004) Interview ² (SKID II, Mini-DIPS) |
| | 81,0% (Interview) | 100 | |
| Aschenbrenner et al. (2004) ³ | 28,5% der Frauen 12,6% der Männer | 736 | Fragebögen (EAT, EDI, EWL, BSRI) |
| 18. Sozialerhebung (2007) | 11% | 16 590 | Fragebogen |
| Bailer et al. (2008) | 22,7% | 1115 | Fragebogen |
| Internationale Studien (vgl. Abschnitt 2.2.7) | | | |
| Dahlin et al. (2005); Schweden | 12,9% | 342 | Fragebögen (PMSS, HESI, MDI) |
| Wroblewski, Unger & Schilder (2007); Österreich | 3,2% | 145 | Interview |

Es existieren einige Studien, die sich mit der psychischen Befindlichkeit von Studierenden der Medizin im Speziellen beschäftigen (vgl. Jurkat et al., 2011; Kurth et al., 2007; Seliger & Brähler, 2007; Dahlin, Joneborg & Runeson, 2005; Dinkel, Berth & Balck, 2004; Aktekin et al., 2001). Zwar bestehen zwischen den einzelnen Studienfächern inhaltliche und systematische Unterschiede, dennoch ist von einer mehr oder weniger ähnlichen Problembelastung auszugehen, zumal gezeigt werden konnte, dass bezüglich des Problemspektrums zwischen Studierenden nur geringe Unter-

² Dabei handelt es sich um Studierende, die in einem standardisierten Fragebogen im Voraus ein Hochrisikoprofil in Bezug auf verschiedene Variablen aufwiesen (vgl. Pauly, 2004).

³ Dabei handelte es sich um eine Studie, in der ausschließlich Störungen des Essverhaltens untersucht wurden.

schiede bestehen, allenfalls in der empfundenen Ausprägung konnten signifikante Unterschiede gefunden werden (Bjorksten, Sutherland, Miller & Steward, 1983).

Jurkat et al. (2011) untersuchten 651 Humanmediziner der Universität Gießen. Dabei zielten sie auf einen Vergleich der depressiven Symptomatik und Stressbewältigung im 1. sowie im 7. Fachsemester. Eine milde bis mäßig ausgeprägte depressive Symptomatik wurde bei 13,1% der Befragten anhand des Beck-Depressions-Inventar diagnostiziert, wobei es hier einen signifikanten Geschlechterunterschied zu Ungunsten der Frauen gab. Als klinisch relevant depressiv zeigten sich 5,8% der Medizinstudenten. Somit zeigte sich auch hier eine höhere Belastung als in der Allgemeinbevölkerung. Es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich des Fachsemesters. Die subjektive Arbeitsbelastung und der Zeitdruck korrelierten positiv mit der depressiven Symptomatik: Je stärker der empfundene Druck, desto höher auch die Ausprägung der depressiven Symptomatik. Weiterhin zeigte sich, dass die Nutzung von adäquaten Coping-Strategien, wie beispielsweise Sport im Gegensatz zu vermehrtem Alkoholkonsum, mit einer geringeren depressiven Symptomatik einhergehen.

In der Studie von Kurth et al. (2007) gaben 60% der Medizinstudenten an, unter hohen bis sehr hohen Arbeitsbelastungen zu leiden. Als Folge der Belastungen litten sie unter Müdigkeit (64%), Reizbarkeit (41%), Ängsten (28%) und Depressionen (15%). Kompensiert wurden der Studie zufolge die hohen Belastungen und Folgen mit Rückzug (24%), Alkoholkonsum (8%) und Medikamentenmissbrauch (3%). Bei Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes fiel das Ergebnis deutlich schlechter aus als in der allgemeinen Bevölkerung, insbesondere bei den Skalen, die die psychosoziale Befindlichkeit abbildeten. Insgesamt fühlten sich die Frauen gesundheitlich besser als die männlichen Befragten. Bei Betrachtung der Partnerschaften zeigte sich, dass die Studenten, welche sich als symptombelasteter beschrieben und in Krisensituationen als Coping-Strategie vermehrt zu Alkohol griffen, deutlich aggressiver gegenüber ihren Partnern waren. Bedeutsam erscheint auch die Unfähigkeit vieler Studierenden sich zu entspannen und so einen Erholungseffekt erzielen zu können.

Die Ergebnisse der Befragung an der Universität Leipzig (Seliger & Brähler, 2007) zeigten ein ähnliches Bild wie die genannte Studie Bailers et al. (2008). Die Medizin-

studenten wiesen eine stärkere psychische Belastung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im gleichen Altersabschnitt auf. Hohe Prävalenzraten zeigten sich u.a. bei Angstsyndromen, Binge-Eating, Major Depressive Syndrom, anderen depressiven Syndromen sowie somatoformen Krankheitsbildern. Vergleicht man die Medizinstudenten mit einer repräsentativen Stichprobe der gleichen Altersstruktur, so kann man feststellen, dass die Prävalenzraten insbesondere der weiblichen Studierenden bei fast allen Syndromen (zum Teil signifikant), außer bei somatoformen Störungen, über denen der Repräsentativstichprobe liegen. Dieses Bild zeigte sich in ähnlicher Weise bei den männlichen Studierenden, hier jedoch ohne Ausnahme. Vergleicht man die Geschlechter, so zeigten Frauen ein signifikant höheres Stresserleben sowie häufiger Depressivität und somatische Syndrome.

Widersprüchliche Ergebnisse zeigte die Studie von Dinkel et al. (2004), die weder signifikante Geschlechterunterschiede in Bezug auf die Prävalenzraten der Störungen, noch in Bezug auf den Alkoholkonsum feststellen konnte, wenn auch die Medizinstudentinnen unter einer höheren *Symptombelastung* litten als ihre männlichen Kommilitonen.

Andere Studien zeigten neben Depressionssymptomen und Angst (Dinkel et al., 2004; Carson et al, 2000; Guthrie et al, 1995) auch Auffälligkeiten im Bereich des Essverhaltens (Dinkel et al., 2004; Pickhard et al. 2000). In einer Untersuchung an Heidelberger Studierenden, in der explizit auch nach Suizidalität gefragt wurde, berichteten 15% von Suizidgedanken, die bei 2% als stark ausgeprägt bezeichnet werden konnten (Holm-Hadulla, 1997).

Alle diese Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da die Diagnostik zum Teil nicht mit Hilfe aktueller Klassifikationssysteme gestellt wurde. Vergleichende Überblicke können Tabelle 1 sowie 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Vergleich von Studienergebnissen zum Anteil der Studierenden der Medizin mit mind. einer psychischen Störung

| | Anteil der Studierenden mit mind. einer psychischen Störung | N | Methode |
|---|--|----------|---|
| Nationale Studien | | | |
| Dinkel et al. (2004) | separat nach Störungen unterteilt | 141 | Fragebögen (ADS, BAI, SCL-K-9, EDI) |
| Seliger & Brähler (2007) | separat nach Störungen unterteilt | 390 | PHQ-D |
| Kurth et al. (2007) | separat nach Störungen unterteilt | 157 | Fragebogen zum Gesundheitsstand (SF-36) |
| Jurkat et al. (2011) | 5,8% ⁴ | 651 | BDI |
| Internationale Studien (vgl. Abschnitt 2.2.7) | | | |
| Aktekin et al. (2001) | separat nach Störungen unterteilt | 259 | Fragebögen (GHQ, STAI, BDI) |
| Dahlin et al. (2005); Schweden | 12,9% | 342 | Fragebögen (PMSS, HESI, MDI) |

Zusammenfassend können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden: Die Zahlen zeigen, dass psychische Störungen, trotz der zum Teil erheblichen Varianz in den beschriebenen Studien, ein präsent „Problem“ unter deutschen Studierenden darstellen. Verschiedene Studien ermittelten wiederholt Prävalenzen von bis zu 19% der Studierenden, die als belastet durch psychische Erkrankungen gelten können. Betrachtet man die psychischen Befindlichkeiten unter Geschlechtsaspekten, berichteten Studentinnen, übereinstimmend mit Befunden aus der Allgemeinbevölkerung, oftmals einen höheren Anteil von Beschwerden. Hierbei zeigen einige Studien sogar höhere Prävalenzen als sich in der Allgemeinbevölkerung finden lassen. Diese Aussage ist jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da es sich bei studentischen Stichproben oftmals um sehr selektive Stichproben handelt. Beispielsweise werden häufig Studierende befragt, die aus eigenem Antrieb eine Studentische Beratungsstelle aufgesucht hatten und somit bereits durch diverse Probleme vorbelastet sind.

⁴ Dabei handelt es sich bei diesem Wert ausschließlich um die Teilnehmer, die unter eine klinisch relevanten Depression litten.

Betrachtet man die Gruppe der Medizinstudenten, die aufgrund des fachspezifischen Hintergrundes und guter Erreichbarkeit häufig im Fokus von Untersuchungen stehen, zeigt sich hier in einigen Studien eine deutlich höhere psychische Belastung als sie in der Allgemeinbevölkerung angetroffen wird (vgl. u.a. Kurth et al., 2007; Seliger & Brähler, 2007). Inwieweit Gründe des universitären Kontextes hierfür eine Rolle spielen, bedarf einer gesonderten Betrachtung. Es ist aber insgesamt eher davon auszugehen, dass sich Studierende unterschiedlicher Studiengänge nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Zwar sind die fachspezifischen Arbeitsanforderungen häufig nicht zu vergleichen, dennoch werden verschiedenste Probleme in bestimmten Phasen während des Studiums häufig berichtet – seien es beispielweise Semesterabschlussklausuren, um die inhaltlichen und formalen Voraussetzungen für das folgende Semester erfüllen zu können, wie in der Pharmazie oft üblich, oder hohe finanzielle Belastungen für Materialanschaffungen, wie sie vielfach von Studierenden der Architektur berichtet werden. Aber auch Studierende geisteswissenschaftlicher Studiengänge benennen häufig berufsbezogene Zukunftsängste insbesondere zum Ende ihres Studiums.

Bei zusammenfassender Betrachtung werden am häufigsten Depressivität und Ängste sowie Essstörungen und somatoforme Beschwerden berichtet. Hierbei erscheint zentral, dass ein Großteil der Befragten die Auswirkungen der psychischen Erkrankungen als im erheblichen Ausmaß negativ in Bezug auf die Aus- und Weiterführung des Studiums ansahen (vgl. u.a. Bailer, 2008; Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007; Wroblewskis et al. 2007; Hahne, 1999). Die Betroffenen sehen sich durch ihre Symptome insbesondere in der Prüfungsvorbereitung und -durchführung (z.B. bei vorliegenden Ängsten) oder der Anfertigung studienrelevanter Arbeiten (z.B. durch Antriebs- und Konzentrationsstörungen im Rahmen einer affektiven Erkrankung) beeinträchtigt. Als Konsequenz dessen kommt es gehäuft zu Studienabbrüchen oder verlängerten Studienzeiten. (Schaefer et al., 2007; Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007).

Schaefer et al. (2007) haben die Auswirkungen von Prüfungsangst auf Studienerfolg sowie seelische Gesundheit bei Studierenden der Medizin untersucht. Danach fehlen bis zum jetzigen Zeitpunkt genaue Prävalenzangaben über klinisch relevante Prü-

fungsangst. Sie gehen jedoch davon aus, dass etwa 10% der Studenten unter einer behandlungsbedürftigen Ausprägung leiden. Dabei definieren sie eine klinisch relevante Ausprägung der Prüfungsangst durch starken Leidensdruck, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten und Leistungseinbußen, die dem beruflichen Fortkommen hinderlich sind. 46% der hoch prüfungsängstlichen Probanden zeigten demnach ein klinisches Bild (n=46). Viele der hoch Prüfungsängstlichen erfüllten weiterhin die Kriterien für eine soziale Phobie (26%) oder eine spezifische Phobie (22%). Andere psychische Störungen (hier nicht weiter aufgeschlüsselt) wurden bei 67% klassifiziert. Ebenfalls konnte ein signifikant höherer Konsum von Medikamenten (41%) bei der hoch durch Prüfungsangst belasteten Gruppe erschlossen werden, wobei hier insbesondere die Frauen die Konsumenten darstellten. Damit sollte Prüfungsangst als ein wichtiger Indikator für psychische Belastungen bis hin zu klinischen Krankheitsbildern vermehrt in den Fokus gerückt werden, um weitere Untersuchungen anzustoßen.

Die Wichtigkeit eines sensiblen und realistischen Blicks auf die psychische Gesundheit Studierender, die Prävention oder (frühzeitige) Behandlung psychischer Störungen wird außerdem dadurch hervorgehoben, dass es gerade im Verlauf einzelner psychischer Erkrankungen sehr oft zur Ausbildung komorbider Störungen kommen kann. Hier sei exemplarisch ein gehäuftes Zusammen-Auftreten von Angst, Depression und Substanzkonsum genannt (vgl. Herzog et al., 1987). Zwar kann hier keine Richtung des Zusammenhangs erschlossen werden, jedoch ergeben sich aus einer Komorbidität von missbräuchlichem Substanzmittelkonsum und dem Vorliegen eines schlechten psychischen Gesundheitszustands weitreichende Risiken für die Gesundheit der Betroffenen. Unter anderem die Quote von 15% unter Studierenden, die von Suizidgedanken berichteten (Holm-Hadulla, 1997), 2% von ihnen diese sogar als stark ausgeprägt beschrieben, zeigt, dass die Beschäftigung mit studentischer Gesundheit keinesfalls vernachlässigt werden sollte.

2.2.7 Psychische Störungen bei Studierenden im europäischen und internationalen Vergleich

Eine Prävalenzrate depressiver Symptome von 12,9% wiesen schwedische Medizinstudenten auf (Dahlin et al., 2005), was sich signifikant zur schwedischen Gesamtbevölkerung (7,8%) unterschied, die als Vergleichsstichprobe herangezogen wurde. Der Befragung zufolge haben bereits 2,7% der Studenten mindestens einen Suizidversuch unternommen.

Wroblewski, Unger und Schilder führten im Jahr 2006 zum zweiten Mal eine repräsentative Befragung österreichischer Studierender an Universitäten und Fachhochschulen durch. Hier wurden neben den Lebensbedingungen der Befragten detaillierte Informationen über den Gesundheitszustand der Studierenden erhoben. Inhaltlich ähnelt die Untersuchung sehr der Sozialerhebung unter deutschen Studierenden. Zentrale Fragen der österreichischen Erhebung waren: Wie hoch ist der Anteil gesundheitlich beeinträchtigter Studierender? Wie unterscheiden sich Studien- und Lebensbedingungen von gesunden und beeinträchtigten Studierenden?

Wroblewskis et al. (2007) Erhebung zufolge leiden 3,2% der Befragten (2,5% Männer und 3,8% Frauen) unter einer psychischen Erkrankung, wobei die Rate mit zunehmendem Alter ansteigt. Es zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der sozialen Schicht, aus der die Befragten kamen. In etwa der Hälfte der Fälle (47%) liegt neben der psychischen Beeinträchtigung noch eine weitere Erkrankung vor, beispielsweise eine Mobilitätseinschränkung (13%), eine Allergie (25%) oder zumindest eine chronische Erkrankung oder eine Sehbehinderung. Dabei kann die Frage nach der primären Erkrankung und daraus resultierender Anschlusskrankungen hier nicht beantwortet werden. Die Mehrzahl der psychisch beeinträchtigten Studenten studiert an Kunstuniversitäten, die am wenigsten beeinträchtigten an Fachhochschulen. Der Beginn der Störung liegt mehrheitlich (81,2%) vor Aufnahme des Studiums. Etwa ein Zehntel (11,2%) verorten den Ausbruch der Erkrankung in einem Zeitraum nach dem Beginn des Studiums (Wroblewski et al., 2007). Das Ausmaß der Beeinträchtigung in der Durchführung des Studiums durch eine psychische Erkrankung wird von 44% als sehr stark empfunden. Lediglich 16% fühlten sich kaum bis gar nicht beeinträchtigt. Damit liegt ihr Anteil bei der subjektiven Beeinträchtigung durch die

Erkrankung fast vier Mal höher als der Schnitt aller Studierender mit einer gesundheitlichen Einschränkung (Wroblewski et al., 2007). Dabei beziehen sich die Beeinträchtigungen insbesondere auf die Durchführung von Prüfungen (61%), der Organisation des Studiums (56%) und der mangelnden Unterstützung durch die Lehrenden.

Brunner und Bachmann (1999) konnten in ihrer längsschnittlich angelegten Studie über psychische Gesundheit von Studenten der Universität Zürich im Studienverlauf einen geschlechtsspezifischen Entwicklungsverlauf der psychischen Befunde finden. Demnach hatten Frauen zu Beginn einen besseren psychischen Status. Dieser verschlechterte sich jedoch im ersten Studienjahr beträchtlich, während der der Männer auf einem stabilen Niveau verblieb. Bei Betrachtung der depressiven Symptomatik, konnte festgestellt werden, dass sich das psychische Wohlbefinden, gemessen am Ausmaß der Depressivität, im Studienverlauf nicht veränderte. Brunner und Bachmann zogen daraus den Schluss, dass keine der Studienphasen mit Belastungen einhergeht, die im Speziellen als depressionsfördernd assoziiert werden können. Sie geben allerdings zu bedenken, dass ein „health-student“-Effekt nicht ausgeschlossen werden kann, nach dem Studenten mit depressiver Symptomatik eher das Studium abbrechen und somit nicht in die Verlaufsuntersuchung einbezogen sind. Als wichtigste Ressource zur Erhaltung der Gesundheit während des Studiums zeigte sich ein tragfähiges soziales Netzwerk und verlässliche Freundschaftsbeziehungen (Buddeberg-Fischer et al., 2002).

Schaut man über die europäischen Grenzen hinaus, so kann man in den USA ein Umdenken bezüglich der Importanz der Forschung zur psychischen Befindlichkeit bei Studierenden feststellen. Dies scheint ein Resultat aus der Erkenntnis zu sein, dass immer mehr Studenten an psychischen Störungen zu erkranken scheinen. Um den Mangel an repräsentativen Studien zu beheben wurde eine Arbeitsgruppe der American College Health Association gebildet, die seit 1998 zweimal jährlich Befragungen durchführt (Bailer et al., 2008). An der Studie im Jahr 2006 nahmen etwa 94.000 Studierende teil, wobei 17,8% der Befragten Depressionen und weitere 12,4% Angststörungen angaben. Auch in der amerikanischen Erhebung zeigte sich ein Geschlechterunterschied dahingehend, dass Frauen öfter betroffen waren als Männer.

Außerdem wurde eine subjektive Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Studium beklagt (Bailer et al., 2008), welche unter anderem durch die oben genannten Syndrome sowie Schlafstörungen, Stress und vermehrtem Alkoholkonsum bedingt waren.

Auch in den USA und Kanada liegt ein besonderes Augenmerk auf Studenten der Medizin, wobei die Gründe eventuell auch in der guten Erreichbarkeit zu suchen sind. Dyrbye, Thomas und Shanafelt (2006) fanden in ihrer Literaturübersicht von 40 Artikeln hohe Prävalenzen von Depressionen und Angststörungen; außerdem ein konstant höheres Level an psychologischem Leiden, als es sich in der Normalbevölkerung finden lässt, wobei insbesondere Frauen betroffen waren.

Dyrbye et al. (2008) beschäftigten sich im Speziellen mit suizidalen Gedanken und ihrem Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom bei Medizinstudenten. Hierzu befragten sie über 4000 Studierende an sieben verschiedenen Universitäten, teilweise in Langzeitstudien. Dabei gaben 49,6% der Befragten an, dass sie unter einem Burnout leiden würden. Die Prävalenzrate von Suizidgedanken der vergangenen zwölf Monate lag bei 5,8%. Dabei konnten Burnout, depressive Symptome sowie die Lebensqualität als Prädiktoren für Suizidalität im Längsschnitt ermittelt werden. Verschiedene Studien, unter anderem eine Metaanalyse, belegten eine höhere Suizidrate unter Medizinstudenten als bei Gleichaltrigen (Schernhammer & Colditz, 2005; Hays, Cheever & Patel, 1996; Pepitone-Arreola-Rockwell, Rockwell & Core, 1981).

Weitere Forschung ist nötig bezüglich der Veränderungen der Prävalenzraten im Zeitverlauf. Bisher existieren wenige Studien darüber, weder in der nationalen, noch in der internationalen Forschung. In einer Untersuchung anhand von Falldokumentationen von Therapeuten eines universitären Beratungszentrums konnten Benton et al. (2003) zeigen, dass sich seit 1988 (bis 2001) die Zahl der Depressiven, die zu einer Beratung kamen, von 21% auf 42% verdoppelt hatte. Auch die Anzahl der suizidalen Personen hatte sich auf 10% verdreifacht. Stabil blieben dagegen die Anzahl der Klienten mit Essstörungen und Substanzmissbrauch.

2.2.8 Alkoholkonsum unter Studierenden

Der folgende Abschnitt ist in großen Abschnitten, zum Teil wortgleich, der Arbeit von Hammerschmidt (2011) entnommen. Dabei soll hier nur auf den Alkoholkonsum von Studierenden eingegangen werden. Weitere Daten und Fakten zu Alkoholkonsum, dem Konsumverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener sowie Risikofaktoren, dem Einfluss des familiären Umfelds und protektiver Faktoren können den Arbeiten von Hammerschmidt (2011) sowie Hammerschmidt und Heine (2008) entnommen werden.

Neben den im Fokus stehenden psychischen Belastungen unter Studierenden, sollen in der vorliegenden Arbeit auch einige Fakten zum Alkoholkonsum dieser Population berichtet werden. Zum besseren Verständnis sowie der theoretischen Einbettung der Fragestellung, sollen an dieser Stelle einige Ergebnisse zu Untersuchungen studentische Stichproben in Bezug auf Alkoholkonsum und psychischen Belastungen dargestellt werden.

ALKOHOLKONSUM UNTER STUDIERENDEN

Der Trend, zunehmend mehr Risikotrinker unter jungen Erwachsenen festzustellen, wurde in den USA bereits seit den 1990er Jahren unter Studierenden beobachtet (Wechsler, Lee, Kuo & Lee, 2000).

Es zeigte sich, dass sich College-Studenten insgesamt deutlich von altersentsprechenden Nicht-Studenten unterscheiden (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2009; Carter, Obremski Brandon & Goldman, 2010; Johnston et al., 2000). Diese Ergebnisse, dass Studierende öfter Alkohol konsumieren und häufiger Binge-Drinker sind als altersentsprechende Nicht-Studierende, konnte Pauly (2004) ebenfalls in ihrer deutschen Stichprobe bestätigen.

Darüber hinaus konnten in einer Untersuchung von Dowdall und Wechsler (2002) rund 23% der amerikanischen Studenten als „Heavy User“ (fünfmal oder öfter Binge-Drinking innerhalb der letzten dreißig Tage) klassifiziert werden. Dieser Anteil der Heavy User konsumierten demnach 72% des gesamten unter Studenten getrun-

kenen Alkohols. Zu detaillierteren Ausführung, u.a. zu Geschlechterunterschieden, sei hier auf Hammerschmidt (2011) verwiesen.

Zusammenfassend lässt sich somit schlussfolgern, dass sich die Zahlen in den Vereinigten Staaten in den letzten Jahren – zumindest für die männlichen Studierenden – kaum verändert haben. Möglicherweise stagnieren die Werte für Studenten bereits schon seit über zehn Jahren auf diesem hohen Niveau (vgl. Wechsler et al. 2002; Wechsler, 1994b; Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2009; Johnston et al., 2000) und wären somit keine aktuelle Erscheinung. Bei den weiblichen Studierenden zeichnet sich der Trend ab, dass sie sich bzgl. des Binge-Drinkings ihren männlichen Kommilitonen immer weiter annähern, auch wenn die Zahl derer rückläufig ist, die extrem viel Alkohol bei einer Gelegenheit konsumieren.

URSACHEN FÜR ALKOHOLKONSUM BEI STUDIERENDEN

Ursächlich für den Konsum und insbesondere auch für den Missbrauch alkoholischer Getränke ist anscheinend nicht ein globaler Hauptgrund, sondern vielmehr eine Vielzahl diverser Faktoren mit relativ kleinen Effekten (Dowdall & Wechsler, 2002). Einige dieser Faktoren sind bereits aufgedeckt und benannt worden und sollen folgend beschrieben werden.

Zusammenfassend stellen sich zwei Hauptfaktoren dar, denen sämtliche Trinkgründe untergeordnet werden können: Erstens, sozialer/externaler Faktor: zur Erzeugung von kameradschaftlichen Gefühlen, Vertrauen, Spaß und Verbesserung der Stimmung im sozialen Kontext. Zweitens, persönlicher/internaler Faktor: Reduktion von Spannung, Stress und negativen Emotionen. Das National Institut on Alcohol Abuse and Alcoholism (1995, zit. nach SAMHSA, 2007) konnte in diesem Zusammenhang beispielsweise einen positiven Zusammenhang zwischen studentischem Binge-Drinking auf amerikanischen Colleges und depressiven Erkrankungen nachweisen und bestätigte damit diesen Zusammenhang auch im studentischen Kontext. Zur tatsächlichen Vorhersage des zu erwarteten Konsums eignen sich allerdings die sozialen Motivationsfaktoren besser als die persönlichen, obwohl sich in Regressionsmodellen beide Faktoren als signifikante Prädiktoren herausgestellt hatten (Haden & Edmundson, 1991). Ebenfalls konnte ein positiver Zusammenhang zwi-

schen studentischem Binge-Drinking und der Entwicklung einer Essstörung aufgezeigt werden (Khaylis, Trockel & Taylor, 2009).

2.2.8.1 Überblick über bisherige nationale Forschung zu Alkoholkonsum unter Studierenden

Alkohol gehört schon seit Jahrhunderten zum „lustigen Studentenleben“ in Deutschland dazu. Zahlreiche historische studentische Trinklieder zeugen hiervon, wie beispielsweise Goethes „Ergo bibamus“ aus dem Jahr 1810. Bis in die heutige Zeit wird ein hoher Alkoholkonsum im studentischen Milieu angenommen, was sich auch durch Medienberichte oder spezielle Internetseiten zu bestätigen scheint. Es existiert eine Vielzahl von Studien zum Konsumverhalten von Jugendlichen und Studenten, speziell aus dem anglo-amerikanischen Raum. Im Folgenden soll zusammenfassend auf den deutschen Forschungsstand eingegangen werden, da dieser im Speziellen als Vergleichsgrundlage dienen soll.

Insgesamt betrachtet existieren bis dato nur eine überschaubare Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen, die sich explizit mit dem Thema beschäftigten. Eben genau dieser Umstand rechtfertigt weitere Untersuchungen – wie sie in der vorliegenden Arbeit durchgeführt wurden. Dabei wird im Folgenden nur ein kurzer Überblick gegeben. Weitere Ausführungen sind bei Hammerschmidt (2011) zu finden.

STUDIE VON BAILER ET AL. (2009)

Bailer, Stübinger, Dressing, Gass, Rist & Kühner (2009) konnten in ihrer Untersuchung an 1.115 Studierenden im Jahr 2003 feststellen, dass 30,1% aller Studierenden Alkohol in problematischer Weise konsumierten. Damit stehen sie der Untersuchung zufolge in starkem Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, für die ein Wert von 8,1% ermittelt werden konnte. Auch in dieser Untersuchung konnten Geschlechterunterschiede aufgezeigt werden: Männliche Studierende waren mit 43,9% deutlich häufiger von einem sog. „Alkoholsyndrom“, wie es von den Autoren beschrieben wurde, betroffen als weibliche mit 11,5%.

Weiterhin ergab sich sowohl für männliche als auch weibliche Studierende ein dreis- bis vierfach erhöhtes Risiko für ein „Alkoholsyndrom“ als in der Allgemeinbevölke-

rung. Die Risikoerhöhung zeigte sich jedoch nach Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht mehr signifikant.

Aufgrund der Zahlen könnte hier auch eine erhöhte Prävalenzrate von Alkoholabhängigen in der studentischen Stichprobe vermutet werden; dies jedoch konnte in der Untersuchung nicht festgestellt werden. Die Daten deuten somit eher auf einen missbräuchlichen, durch Binge-Drinking gekennzeichneten Konsum hin, nicht jedoch auf einen habituellen oder abhängigen.

KÖLNER STUDIE VON PAULY (2004)

In der multimethodalen Untersuchung an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen in Köln aus den Jahren 2002 bis 2004 von Pauly (2004) wurde der Konsum von Alkohol, Nikotin und Cannabis von 2.624 Erst-Studierenden (M= 22,8 Jahre) beleuchtet sowie das damit in Verbindung stehende Studierverhalten. Bei der gezielten Untersuchung des Alkoholkonsums zeigte sich, ähnlich wie in den amerikanischen Studien, dass auch deutsche Studierende zum missbräuchlichen und Rauschtrinken (*Binge-Drinking*) neigen. Dafür ist aber die Zahl der Alkoholabhängigen unter den Studenten als niedriger einzuschätzen als in der nichtstudentischen Vergleichsgruppe.

Es konnte ebenfalls bestätigt werden, dass trinkende Studierende mit einer komorbiden psychischen Störung, wie beispielweise einer depressiven Episode, einen ausgeprägteren Substanzmissbrauch betrieben. Dieser Trend manifestierte sich insbesondere bei weiblichen Studenten. Die Konsequenz des missbräuchlichen Konsums, einer psychischen Störung oder der Kombination beider, spiegelt sich in mehreren Bereichen wider: negativer Studienverlauf, negatives Studierverhalten und allgemeine Leistungseinbußen (vgl. Bachmann et al., 1999). Auch hier zeigten sich deutliche Parallelen zu den Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten.

Die Rate der Binge-Drinker (hier: mind. einmal mehr als fünf alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit in den letzten 14 Tagen) lag bei 39,6%. Unabhängig vom Phänomen Binge-Drinking konnte Pauly den Anteil der Probanden, die nach DSM-IV-Kriterien Alkoholmissbrauch betrieben und/oder bereits eine Alkoholabhängigkeit entwickelt hatten, ermitteln und anhand dieser Zahlen auch die Geschlechtsdifferenzen deutlich machen (Tabelle 3):

Tabelle 3: Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit – Kölner Studie (Pauly, 2004) (Angaben in Prozent)

| | Geschlecht | | |
|------------------------------------|------------|----------|--------|
| | männlich | weiblich | Gesamt |
| Missbrauch nach DSM-IV | 17,1% | 10,5% | 13,8% |
| Abhängigkeit nach DSM-IV | 11,4% | 2,7% | 7,0% |
| Gesamt | 28,5% | 13,2% | 20,8% |

Männliche Studenten betrieben hiernach deutlich häufiger Missbrauch und waren mehr als dreimal so häufig von Abhängigkeit betroffen wie ihre Kommilitoninnen.

Es zeigte sich aber insgesamt, dass die studentische Stichprobe mit 20,8% erheblich höhere Werte in Bezug auf alkoholbezogene Störung (nach DSM-IV) aufwiesen als eine nichtstudentische Vergleichsgruppe mit 14,2%. Hier trat außerdem eine weitere Auffälligkeit zu Tage: Zwar waren Studentinnen nur halb so oft von Missbrauch und Abhängigkeit betroffen wie ihre Kommilitonen, allerdings lag ihr Anteil mit 13,2% um ein Vielfaches höher als bei Frauen, die nicht studierten (3,8%).

BRAUNSCHWEIGER STUDIE VON HAMMERSCHMIDT UND HEINE (2008)

In einer an der Technischen Universität Braunschweig durchgeführten Untersuchung im Jahr 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008), die als Voruntersuchung für die vorliegende Arbeit gilt, wurden mittels Fragebogen 316 Studierende bezüglich ihres Alkoholkonsums befragt. Daneben wurden weitere themenrelevante Merkmale wie Depressivität, körperliche Beeinträchtigungen und Studienzufriedenheit erhoben.

Hier zeigte sich, dass bei einem Vergleich der erhobenen Daten an Braunschweiger Studierenden mit denen der repräsentativen Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys (vgl. Augustin & Kraus, 2005), anders als erwartet, nur marginale Unterschiede in den Häufigkeiten der einzelnen Verteilungen des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) zu finden waren. Zunächst ließ dies auf einen ähnlichen Konsum schließen, insbesondere deswegen, weil sich die durchschnittliche monatliche Trinkmenge nicht von der der Gesamtbevölkerung grundlegend unterschied (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Vergleich der Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) des Epidemiologischen Suchtsurveys mit denen der Braunschweiger Studie von 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008)

| | Konsumkategorie | | | | |
|------------------------------------|-----------------|-----------|---------|---------------------|------------|
| | abstinent | risikoarm | riskant | gefährlicher Konsum | Hochkonsum |
| Epidemiologischer Suchtsurvey 2003 | 16,8% | 71,1% | 9,3% | 2,5% | 0,3% |
| Braunschweiger Studie 2006/07 | 11,3% | 76,5% | 9,6% | 2,3% | 0,3% |

Bei genauerer Betrachtung konnten schließlich doch – zum Teil deutliche – Unterschiede zum Survey aufgedeckt werden: Zwar unterschieden sich die Studierenden nicht hinsichtlich ihrer Konsummenge, jedoch deutlich im Muster ihres Konsums. Betrachtet wurde bspw. das „Binge-Drinking“. Unter Studierenden war mehr als die Hälfte (57,1%) Binge-Drinker, im Survey weniger als ein Drittel (31,6%). Darüber hinaus waren in der Braunschweiger Untersuchung von den Binge-Drinkern 17,8% Heavy User, im Vergleich zu 12,9% in der Allgemeinbevölkerung. Der Trend zum Rauschtrinken konnte hierbei für beide Geschlechter aufgezeigt werden. Hammer Schmidt und Heine (2008) schlussfolgerten daraus ein Trinkmuster in Richtung eines punktuell-massierten, statt kontinuierlich-moderaten Trinkens.

GESUNDHEITSSURVEY FÜR STUDIERENDE IN NORDRHEIN-WESTFALEN AUS DEM JAHR 2010

Der Gesundheitssurvey für Studierende in Nordrheinwestfalen (NRW) wurde im Wintersemester 2006/07 an zwölf staatlichen Universitäten und vier Fachhochschulen in NRW durchgeführt (Helmer, Mikolajczyk, Meier & Krämer, 2010).

In Bezug auf Alkoholkonsum konnten hier studierendenspezifische Charakteristika aufgezeigt werden, die unterscheidungsrelevant gegenüber anderen Populationen sind: Studierende tranken den Ergebnissen zufolge eher unregelmäßig, jedoch bei bestimmten Anlässen größere Mengen. Es konnte ebenfalls ein deutlicher Geschlechtereffekt aufgedeckt werden; männliche Studierende gaben exzessives Trinken viel häufiger an als weibliche Studierende (vgl. Tabelle 4). Dieses vor allem bei den männlichen Studierenden auffällige Verhalten trat vorwiegend zu Beginn des Studiums auf und nahm im weiteren Verlauf zunehmend ab.

Die Unterschiede bei den Geschlechtern zeigten sich ebenfalls bei der Frequenz: Fast die Hälfte (46,5%) der Studenten tranken mehrmals pro Woche Alkohol, bei den Studentinnen tat dies nur jede Fünfte (20,7%) (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Trinkverhalten von Studierenden in Nordrhein-Westfalen 2006/07 (Angaben in Prozent) (Helmer et al., 2010)

| | Frauen (n= 1.699) | Männer (n= 1.522) | Gesamt (n= 3.307) |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| exzessives Trinken | | | |
| nie/selten | 68,2% | 38,8% | 54,4% |
| 1-3 Mal pro Monat | 25,6% | 34,9% | 30,0% |
| min. 1 Mal pro Woche | 6,2% | 26,3% | 15,7% |
| Trinken von Alkohol (generell) | | | |
| höchstens 1 Mal pro Woche | 79,3% | 53,5% | 67,1% |
| mehr als 1 Mal pro Woche | 20,7% | 46,5% | 32,9% |

Zusammenfassend lässt sich postulieren, dass sich die Ergebnisse der verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchung zumeist nur marginal unterscheiden. Vielfach beschriebene Phänomene wie Geschlechterunterschiede sowie Neigung zum unregelmäßigen, aber massierten Alkoholkonsum können repliziert werden, seien es anglo-amerikanische, deutsche oder europäische Studien (einen aktuellen Überblick geben bspw. Wicki, Kutsche & Gmel, 2010).

2.2.9 Studenten im Beratungskontext

Hans-Werner Rückert ist als Leiter der Zentraleinrichtung Studienberatung und Psychologische Beratung der Freien Universität Berlin tätig. Einer seiner Arbeitsschwerpunkte ist hier die Beratung und Psychotherapie von Studierenden. Im Rahmen seiner Tätigkeit hat er Vorträge gehalten sowie Veröffentlichungen herausgegeben, auf die im Weiteren kurz eingegangen werden soll. Thematisch geht er auf den praktischen Bezug zu Studierenden mit Problemen ein, die sich z.B. aus dem Studienalltag ergeben oder auf diesen auswirken. Dabei handelt es sich hier nicht um wissenschaftliche Studien, sondern um Daten aus der praktischen Arbeit mit Studierenden, die im Verlauf ihrer Studienzeit die Studentenberatungsstelle der Freien Universität Berlin aufgesucht haben.

DATEN ZUR GESUNDHEIT AUS DEM BERATUNGSKONTEXT

Rückert (2002; 2009) spricht davon, dass 27% der Studierenden, die eine studentische psychologischen Beratungsstelle aufsuchen, vorübergehend stark belastet sind, wo-

bei weitere 13% über einen längeren Zeitraum Hilfe benötigen. 8 bis 11% seien psychisch erkrankt, wobei er keine näheren Angaben zu den Diagnosen macht. In einem Vortrag vor der Katholischen Studentengemeinde ging er insbesondere auf die Änderungen durch die Hochschulreform ein. In Folge der Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge sei es zu einer massiven Veränderungen der Anforderungen und Strukturierung des Studiums gekommen. In seiner Beratungsstelle würden Studierende insbesondere darüber klagen, dass nun alles Gelernte prüfungsrelevant sei und sich ein hoher Druck aufbauen würde. Aufgrund des hohen Workloads käme es zu einem „Bulimie-Lernen“, so dass das Wissen nicht mehr nachhaltig sei, sondern vor allem in Prüfungen abrufbar sein müsse. Weiterhin gäbe es aufgrund der engen Studienpläne kaum Freiräume zur persönlichen Gestaltung und Entfaltung im Studium. Es bestünde hoher Erfolgsdruck bezüglich des Übergangs in weiterführende Masterstudiengänge. Mitverantwortlich sei auch die unsichere berufliche Perspektive der Bachelor-Abschlüsse (vgl. Rückert, 2009). Daraus resultierten vielfältige Probleme, die sich in einem Beratungsbedarf widerspiegeln. Nach Lernstörungen, Motivationsproblemen und Prüfungsangst seien Depressionen an vierter Stelle der Beratungsanlässe. Weiterhin seien Phobien und Ängste ein häufiger Anlass für das Aufsuchen der Beratungsstelle. Der Beratungs- und Informationsbedarf von Studierenden wurde ebenfalls in der 19. Sozialerhebung erfragt. Hier zeigt sich ein mit Rückert vergleichbares Bild. Von den 61% der Befragten, die angaben einen Beratungsbedarf zu haben, bezogen sich 23% auf Probleme aus dem persönlichen Umfeld (Mehrfachnennungen waren möglich). Hier gaben sie depressive Verstimmungen (13%), geringen Selbstwert (10%) Partnerschaftsprobleme (7%), Kontaktschwierigkeiten (4%) und Probleme mit Alkohol und Drogen (2%) an. Insgesamt zeigt sich ein hoher Bedarf an Beratung und Hilfe in Bezug auf die psychische Gesundheit der Studierenden.

STUDIERENDE UND PROKRASTINATION

Ein häufig im Alltag von Studierenden auftretendes Phänomen, welches sich auch im Kontext studentischer Beratungsstellen zeigt, ist das der *Prokrastination*. Dies bezeichnet das Aufschieben und Herauszögern wichtiger Tätigkeiten zugunsten meist angenehmerer (Freizeit-)Alternativen und Tätigkeiten. Rückert beschreibt das Ver-

halten in seinem an Betroffene gerichteten Ratgeber dabei wie folgt: „*Sie vermeiden es, sich einer Aufgabe, die erledigt werden muss, konsequent, zeitnah und relativ stressfrei zu widmen. Sie schieben die Angelegenheit vor sich her und erledigen stattdessen andere, weniger wichtige Dinge*“ (Rückert, 2002, S. 13). Prokrastination bezeichnet dabei keine eigenständige psychische Erkrankung oder Akzentuierung, sondern kann den Arbeitsstörungen zugeordnet werden. Trotzdem soll dieses Phänomen aus folgenden Gründen in der vorliegenden Arbeit eine kurze Beachtung finden. Stellt es im Alltag eine oftmals unproblematische Erscheinung dar, die allenfalls lästig ist, kann es sich beispielsweise im Kontext von beruflicher Ausbildung zu einem Problem mit erheblichen Konsequenzen auswachsen, was neben Selbstwertproblemen auch in depressive Symptome münden kann (Kropat, 2010). Somit sollte das Phänomen der Prokrastination dahingehend hier Betrachtung finden, als dass sie sich, als dysfunktionales Verhalten im studentischen Kontext, zu einem Risikofaktor bei der Entstehung psychischer Erkrankungen darstellt.

Oftmals sind Langzeitstudierende betroffen, die aufgrund ihres prokrastinativen Verhaltens ihr Studium nicht erfolgreich und in angemessener Zeit abschließen können. Nach Rückert (2002) ist dies ein weitverbreitetes Phänomen, so dass 40% befragter Studenten in den USA angaben, dass ihnen schon einmal Nachteile durch Aufschiebung anstehender Arbeiten entstanden seien. Im nationalen Kontext neigen etwa 70% der Studierenden von Zeit zu Zeit dazu, universitäre Aufgaben aufzuschieben (Rückert, 2002), was eine deutlich höhere Quote als in der Allgemeinbevölkerung darstellt. „Pathologisches“ Aufschieben, aus dem schlussendlich vielfache negative Konsequenzen erwachsen können, berichten circa 25% der Studenten, die somit zu den „schwerwiegenden“ Fällen gezählt werden können. Damit übersteigt die studentische Bevölkerung die Prävalenz von etwa 20% in der Allgemeinbevölkerung (Harriott & Ferrari, 1996). Die Ursachen für Prokrastination können dabei vielfältig sein. Stellt das Aufschieben für die einen einen Adrenalinkick dar, so vermeiden andere antizipierte Misserfolge und damit einhergehende negative Emotionen wie Angst und Ärger (Kropat, 2010). Auch kann im universitären Kontext der Eintritt ins Arbeitsleben „herausgeschoben“ oder sogar verhindert werden. Ursächlich könnten u.a. hier Ängste bezüglich der damit einhergehenden Veränderungen im Leben sein,

Befürchtungen über Anforderungen oder Überforderungen im Beruf, Zweifel im Hinblick auf die Wahl des Studienfachs oder bezüglich des „endgültigen“ Eintritts in das Leben eines Erwachsenen (vgl. Abschnitt 2.2.3).

Weitere Forschung auf diesem Gebiet könnte hilfreich sein, um problematisches Aufschieben frühzeitig zu erkennen und speziell zugeschnittene Hilfsangebote an den Universitäten etablieren zu können (vgl. Projekt „Endspurt“ der Universität Bielefeld; Kropat, 2010), welche auch als Prävention im Bereich psychischer Erkrankungen verstanden werden könnten. Insbesondere in Bezug auf die Umstrukturierung des Studienverlauf und der Studienanforderungen (vgl. Rückert, 2009) könnte spekuliert werden, dass Prokrastinations-Tendenzen zu vermehrten Problemen führen können, da Studiengänge zum Teil einen deutlich höheren Workload beinhalten und ein Großteil des Gelernten in Prüfungen abverlangt wird. Viele Studierende beklagen hier u.a. hohen Zeitdruck, der im Falle prokrastinativen Verhaltens immense Probleme aufwerfen könnte. Durch einen stringenteren Studienablauf wird effektiveres Lernen und Arbeiten abverlangt. Des Weiteren gilt es in vielen Studiengängen einen guten bis sehr guten Bachelor-Abschluss erlangen zu müssen, um überhaupt die Möglichkeit einer weiteren Qualifizierung in Form eines weiterführenden Masterstudiengangs wahrnehmen zu können. Hier kann von einem weiteren deutlichen Stressor ausgegangen werden. Hypothetisch kann angenommen werden, dass andere Arbeitsweisen nach der Hochschulreform eher zu einem Scheitern führen. Die Konfrontation mit einem Scheitern im Studium sollte als Risikofaktor für die Ausbildung einer psychischen Erkrankung, wie beispielsweise einer affektiven Störung, Beachtung in der weiteren wissenschaftlichen Forschung finden.

SITUATION DER LANGZEITSTUDIERENDEN

Jamrozinski, Kuda und Mangholz (2009) untersuchten 152 Klienten einer psychotherapeutischen Studentenberatungsstelle in Göttingen, um Hinweise bezüglich Unterschieden zwischen Langzeitstudierenden (über 14. Hochschulse semester) und Personen mit regulärem Studienverlauf zu erlangen. Der prozentuale Anteil der Langzeitstudierenden am Klientel der Beratungsstelle war doppelt so hoch wie ihr Anteil an der Gesamtheit der Studierenden der Universität Göttingen. Weiterhin waren Män-

ner überproportional häufig repräsentiert. Es zeigte sich, dass Langzeitstudierende zu einem höheren Anteil für die Finanzierung ihres Studiums verantwortlich waren. Weiterhin konnten sie weniger konkrete Berufsperspektiven nennen, waren weniger mit ihrem Studienfach identifiziert und würden sich zu einem geringeren Anteil erneut für das studierte Fach entscheiden. Beide Gruppen zeigten insgesamt jedoch eine höhere psychische Belastung, als eine akademische Vergleichsgruppe. Hier unterschieden sie sich nur marginal auf dem Index der globalen psychischen Symptombelastung. In den Beratungen und Erhebungen zeigten sich bei Langzeitstudierenden insbesondere Belastungen durch Partnerschaftsprobleme sowie ein hoher Suchtmittelgebrauch. Befragt nach dem Arbeitsverhalten berichteten sie von einem stärkeren, auf ihnen lastenden Druck sowie einem höheren wöchentlichen Arbeitsaufwand für das Studium gegenüber den Studenten mit normaler Studiendauer. Auch wenn die vorliegende Studie keinen Schluss über Ursachen-Wirkungszusammenhänge zulässt, so zeigt sie doch erheblichen Handlungsbedarf bezüglich der Zugänglichkeit, Diagnostik und Betreuung bzw. therapeutischen Begleitung im universitären Rahmen.

3. FRAGESTELLUNG

Das Hauptziel dieser Arbeit soll die Untersuchung des psychischen Gesundheitszustandes unter Braunschweiger Studierenden sein. Diese Untersuchung wurde im Zeitraum von Mai bis September 2008 an Studierenden dreier Hochschulen, der Technischen Universität Braunschweig (TU), der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel (FH BS/WF) und der Hochschule für Bildende Künste Braunschweig (HBK) durchgeführt.

3.1 Einbettung der Fragestellung

Als Folge von Stress sowie vielen anderen Faktoren, die hier nicht weiter beleuchtet werden sollen, welcher unter anderem aus der aktuellen wirtschaftlichen Lage resultiert, fühlen sich viele Menschen psychisch beeinträchtigt und suchen vermehrt Hilfe durch psychotherapeutische Maßnahmen. Neben der Beleuchtung in wissenschaftlichen Kontexten wird diesem Phänomen auch in der allgemeinen, nicht fachwissenschaftlichen, Presse Beachtung geschenkt (vgl. u.a. Spiegel-Online vom 18.08.2009). Man kann vermuten, dass Studierende sich durch ebensolche negativen Meldungen aus der Wirtschaft und vom Arbeitsmarkt verunsichert fühlen und Zukunftsängste entwickeln (vgl. Der Spiegel 2009, Nr. 26: „Wir Krisenkinder. Wie junge Deutsche ihre Zukunft sehen“; Titz & Mersch, 2009). Dieses Problem von Studierenden bezieht sich allerdings nicht ausschließlich auf die aktuelle globale Wirtschaftslage, sondern wird bereits seit einigen Jahren als „Generationenproblem“ beschrieben. Bereits Stolz (2005) beschrieb in einer Zeit-Kolumne die Sorgen und Nöte der „Generation Praktikum“. Viele Studierende machen sich Sorgen um ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt nach dem Studienabschluss.

Zusätzlich zu der beschriebenen Problematik sollte die Um- und Neustrukturierung der universitären Ausbildung nicht vergessen werden. Diese Umgestaltung der Ausbildung wurde 1999 im Zuge des „Bologna-Prozesses“ angestoßen mit dem Ziel, bis zum Jahr 2010 europaweit einheitliche und anerkannte Studienabschlüsse zu schaffen. Im Rahmen dieses Prozesses sollte die Qualität der Studienangebote verbessert werden, die Studiendauer verkürzt und eine breitere Beschäftigungsmöglichkeit der Absolventen, auch im Ausland, erreicht werden. Im Zuge dieser Hochschul-Reform

kam und kommt es bisweilen zu erheblichen Problemen, beispielsweise berichten Studierende von erhöhten Leistungs- sowie Prüfungsanforderungen, insbesondere im Hinblick auf die Zulassungsvoraussetzungen zu den Master-Studiengängen (vgl. Fischer & Minks, 2008). Des Weiteren ergeben sich durch die partielle Umstellung und Neugliederung der Lehrinhalte Probleme bezüglich der Passung zu Anforderungen des Arbeitsmarktes.

3.2 Ableitung der Fragestellung

Psychische Störungen können unter oben genannten Bedingungen (unter anderem Vulnerabilitäten und Belastungsfaktoren) als Reaktionen auf zunehmende belastende Bedingungen postuliert werden. Dabei standen explizite Untersuchungen des psychischen Gesundheitszustands der Population der Studierenden bis zum aktuellen Zeitpunkt nicht so häufig im Fokus wissenschaftlichen Interesses (vgl. Bailer, Schwarz, Witthöft, Stübinger & Rist, 2008; Hammerschmidt & Heine, 2008; Pauly, 2004; Paeßens, 2004; Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Krüger et al., 1986; Soeder, Bastine & Holm-Hadulla, 2001). Das *Kernziel* dieser Untersuchung soll die Erhebung von Prävalenzen, differenziert nach verschiedenen psychischen Störungsbildern, unter Studierenden sein.

Dabei wird ein Überblick über den psychischen Gesundheitszustand Studierender gegeben. Hierbei konzentriert sich die Untersuchung auf Depressivität, Ängstlichkeit sowie körperliche Beschwerden. Aspekte, die einen möglichen Einfluss darstellen könnten, werden detaillierter beleuchtet. Die ermittelten *Prävalenzen* werden denen der Allgemeinbevölkerung vergleichend gegenübergestellt. Weiterhin soll, soweit dies möglich ist, ein jeweils deskriptiver Vergleich zur Altersgruppe gezogen werden, da es sich bei der zugrundeliegenden Stichprobe ausschließlich um Studierende handelt, mit einem durchschnittlichen Alter von 24 Jahren. Neben der Ermittlung von Prävalenzraten einzelner psychischer Syndrome soll anhand der studentischen Stichprobe auch ein Vergleich zu bereits existierenden Studien über studentische Gesundheit erfolgen. Im Besonderen soll zur Studie von Hammerschmidt und Heine (2008) Bezug genommen werden und die gewonnenen Daten mit den Ergebnissen der Braunschweiger Studie verglichen werden, so dass mögliche Änderungen und

Trends beim Alkoholkonsum von Studierenden aufgedeckt werden können. Dies geschieht insbesondere vor dem Hintergrund der Umsetzung der Bologna-Beschlüsse und der Einführung allgemeiner Studiengebühren. Die untersuchungsleitenden Hypothesen und Fragestellungen generieren sich sowohl aus der vorliegenden Literatur, als auch aus der Fragestellung der Arbeit.

3.2.1 Prävalenzen

Der erste Abschnitt dient somit der allgemeinen Beschreibung *psychischer Befindlichkeit* der studentischen Stichprobe, der Ermittlung von Prävalenzraten, im Sinne relativer Symptomausprägungen der Faktoren Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden.

Diese sollen in einem zweiten Abschnitt in Zusammenhang mit Prävalenzraten der Allgemeinbevölkerung sowie der Altersgruppe der Studierenden (18 bis 29 Jahre) gebracht werden. Hierbei sind diese Faktoren im Sinne eines quantitativen, messbaren Ausprägungsmaßes eines individuellen emotionalen Erlebens zu sehen, wie auch bspw. Freude, Ärger, Neid etc.

Im Weiteren soll der Anteil der Studierenden ermittelt werden, die bezogen auf die beschriebenen zu untersuchenden Faktoren unter einer klinisch relevanten depressiven, ängstlich/phobischen und somatoformen Störung leiden. Dieses soll anhand von Cut-off-Werten klinisch-psychologischer Testverfahren gemessen werden.

Der Unterschied zwischen einem Faktor mit seiner Merkmalsausprägung und einer Diagnose im Sinne einer Störung soll anhand Depressivität/Depression in Abbildung 1 deutlich gemacht werden.

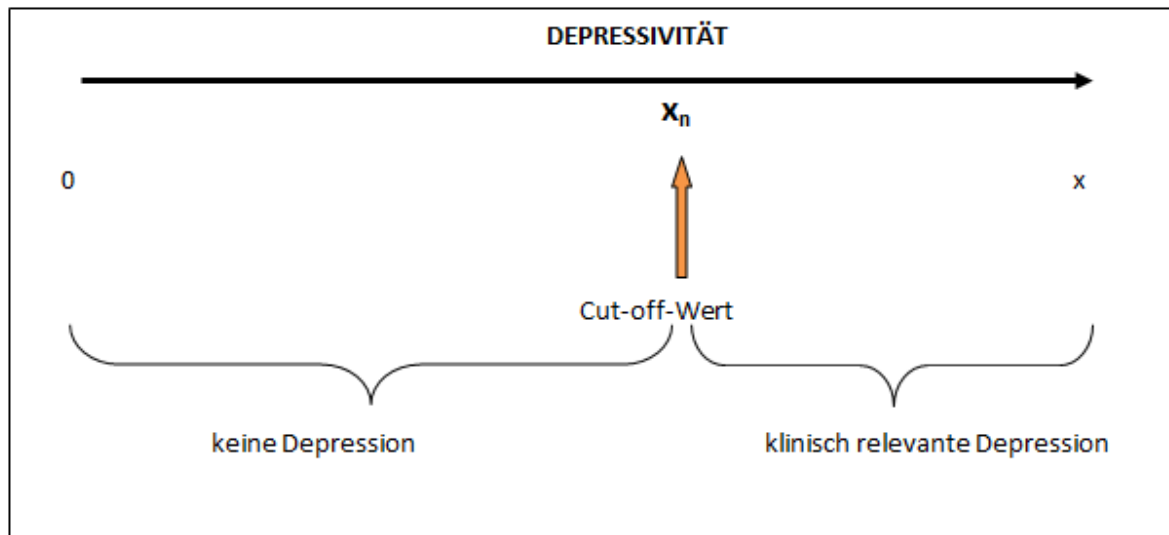


Abbildung 1: Unterscheidung zwischen einem Faktor mit Merkmalsausprägung und einer Diagnose im Sinne einer Störung am Beispiel Depressivität/Depression

Depressivität als Faktor ist hierbei als ein Kontinuum zu verstehen, welches von einer theoretischen Ausprägung 0 (Fehlen jeglicher Symptome, wobei unter Symptomen hier die Merkmale verstanden werden, auf welche man sich in den gängigen Klassifikationssystemen (ICD-10 nach Dilling et al., 2004; DSM-IV, nach Saß et al., 2003) zur Diagnostik psychischer Störungen geeinigt hat) bis zu einer Ausprägung x (Vorhandensein sämtlicher Symptome in höchstem Ausmaß) reicht. Je nach verwendetem psychologischem Testverfahren spricht man ab einer bestimmten Symptomanzahl oder Ausprägungsgrad (x_n) (*Cut-off-Wert*) von einer klinisch relevanten Depression. Selbiges theoretische Konstrukt kann auch auf andere Faktoren, wie bspw. *Ängstlichkeit* vs. *klinisch relevante Angststörung*, übertragen werden. Dabei ist zu beachten, dass aber auch bereits vor einer klinisch relevanten Ausprägung einer psychischen Erkrankung der subjektive Belastungsgrad und einhergehende Leidensdruck bereits als hoch empfunden werden kann.

3.2.2 Demographische Faktoren und psychische Befindlichkeit

Weiterhin sollen in einem zweiten Block Zusammenhänge zwischen dem Auftreten psychischer Erkrankungen mit *demographischen Faktoren* untersucht werden.

In der Allgemeinbevölkerung zeigt sich, dass Frauen in etwa doppelt so häufig wie Männer an unipolaren affektiven Störungen erkranken. Etwa 7,8% der Frauen und

4,8% der Männer zwischen dem 18. und 65. Lebensjahr litten in durchgeführten Studien an Depressionen, wobei die Frage auf den Zeitraum der vergangenen vier Wochen begrenzt war (vgl. Robert Koch-Institut, 2006; Bündnis gegen Depression, 2006; Haug & Ahrens, 2002; Davison, Neale & Hautzinger, 2007). Davon ausgehend ist anzunehmen, dass Frauen im Allgemeinen auch eine höhere Symptombelastung aus dem depressiven Spektrum (Depressivität) aufweisen. Hieraus generiert sich die erste Hypothese:

Hypothese 1: Studentinnen sind stärker von Depressivität betroffen und leiden häufiger an einer depressiven Störung als männliche Studierende.

Auch bei den Angststörungen zeigen Untersuchungen beträchtliche Unterschiede in der Prävalenz bei Männern und Frauen. Bei differenzierter Betrachtung des Geschlechterverhältnisses zeigt sich, dass bei einem Großteil der Angststörungen Frauen im Vergleich zu Männern in einem Verhältnis von 2:1 vermehrt betroffen sind (Robert Koch-Institut, 2006; Davison, Neale & Hautzinger, 2007, Angenend, 2007).

Hier gibt es jedoch auch anders lautende Untersuchungsergebnisse, wie beispielsweise von Munsch et al. (2007), die einen Männerüberhang bei Panikstörung und bei Agoraphobie beschreiben. Es ist anzunehmen, dass Frauen im Allgemeinen eine höhere Symptombelastung aus dem Spektrum der Ängste und Phobien (Ängstlichkeit) aufweisen. Aus den gemachten Ausführungen generiert sich:

Hypothese 2: Studentinnen sind stärker von Ängstlichkeit betroffen und leiden häufiger unter einer Angststörung oder Phobie als ihre männlichen Kommilitonen.

In der Allgemeinbevölkerung treten somatoforme Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 13% auf, wobei Frauen in doppeltem Maß belastet sind. Die häufigsten Störungen stellen Schmerzstörungen (hier meist Kopf- und Rückenschmerzen), Somatisierungsstörungen sowie autonome Funktionsstörungen dar (vgl. Spitzer & Freyberger, 2002). In Bezug auf die Symptomatik ist von einer hohen Überschneidung mit Angststörungen und Depressionen auszugehen. Somit bedürfte es einer weiterführenden spezifischen Diagnostik, um Aussagen über Störungen aus dem Bereich der somatoformen Störungen treffen zu können. Aus diesem Grund soll hier

nur auf die körperliche Beschwerden eingegangen werden. Daraus generiert sich Hypothese drei:

Hypothese 3: *Studentinnen sind häufiger von körperlichen Beschwerden betroffen als ihre männlichen Kommilitonen.*

Auch das Führen einer Partnerschaft wird in Zusammenhang mit dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung gestellt. Da die Einbindung in ein tragfähiges soziales Netzwerk als protektiver Faktor in Bezug auf die Ausbildung einer psychischen Störung anzusehen ist (vgl. Universität Bielefeld, 1997), soll anhand der Beziehungsstruktur der Frage nachgegangen werden, ob die Art des Beziehungsstatus Auswirkungen auf die seelische Gesundheit oder eine „protektive“ Funktion demgegenüber hat. Die zu untersuchende Hypothese lautet daher wie folgt:

Hypothese 4: *Personen verschiedener Beziehungsstatus unterscheiden sich in ihrer psychischen Gesundheit (bezogen auf Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden).*

Die Einbindung in ein soziales Netzwerk bezieht sich jedoch nicht nur auf eine Partnerschaft, sondern soll in der vorliegenden Arbeit auf die Gründung einer eigenen Familie ausgedehnt werden. Ob Kinder ebenfalls einen protektiven Faktor darstellen, soll in der folgenden Hypothese untersucht werden

Hypothese 5: *Personen mit Kindern unterscheiden sich in ihrer psychischen Gesundheit (bezogen auf Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden) von kinderlosen Studierenden.*

3.2.3 Studienstruktur, -zufriedenheit und psychische Befindlichkeit

Ein weiterer Fokus liegt auf der Struktur des Studiums aufgrund unterschiedlicher *Studiengänge, angestrebter Abschlüsse* sowie der *aktuellen Zufriedenheit mit den Studienbedingungen*. Hier wird auf oben bereits genannte Aspekte der Umstrukturierung in der Hochschullandschaft Bezug genommen. Dabei wird davon ausgegangen, dass mit den Umstrukturierungsprozesse neue bzw. andere Anforderungen an die Studierenden gestellt werden, die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben könnten. Die Analyse wesentlicher Aspekte in Form von Hypothesen und Fragestellungen schließt sich an und stellt einen *Bezug zu psychischen Erkrankungen* her.

In der vorliegenden Arbeit soll erforscht werden, ob spezielle Fachrichtungen oder Studienabschlüsse den psychischen Gesundheitszustand beeinflussen. Stimmt es beispielsweise, dass Psychologie-Studierende in besonderem Ausmaß psychisch beeinträchtigt sind und daher häufiger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, oder dass Studierende der Mathematik und Naturwissenschaften seltener mit psychischen Problemen in Erscheinung treten (Holm-Hadulla, 1994)?

Daran anschließend stellt sich die Frage, ob die Studierenden der unterschiedlichen Studiengänge durch verschiedene psychische Erkrankungen (hier: Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden) belastet sind.

Fragestellung 6: *Unterscheiden sich Studierende unterschiedlicher Studiengänge bezüglich der Art ihrer psychischen Erkrankungen (bezogen auf Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden)?*

Des Weiteren soll diese Fragestellung auch vor dem Hintergrund verschiedener angestrebter Studienabschlüsse untersucht werden.

Fragestellung 7: *Unterscheiden sich Studierende unterschiedlicher nächst-angestrebter Abschlüsse in Bezug auf die Häufigkeit und Art psychischer Störungen (bezogen auf Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden)?*

In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass sowohl die allgemeine Lebenszufriedenheit als auch soziale Unterstützung und erfolgreiche

Coping-Strategien protektive Faktoren gegen das Auftreten von Suchterkrankungen und psychischen Störungen sind (vgl. Universität Bielefeld, 1997). In der vorliegenden Arbeit soll hier die Zufriedenheit mit den aktuell vorliegenden Studienbedingungen im Zusammenhang mit dem Auftreten von psychischen Erkrankungen beleuchtet werden. Die Untersuchung dieses Faktors erlaubt es darüber hinaus auch, eine Aussage über die Prävalenzen psychischer Erkrankungen von Studierenden in Braunschweig zu treffen. Im Ergebnisteil wird, nach einem allgemeinen Überblick über die psychische Befindlichkeit der befragten Studierenden, folgende Hypothese getestet:

Hypothese 8: *Bei Studierenden besteht ein Zusammenhang zwischen subjektiv empfundener Unzufriedenheit mit ihren aktuellen Studienbedingungen und dem Auftreten von psychischen Erkrankungen (bezogen auf Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden).*

Die Umstrukturierung der Hochschulen stellt Studierende teilweise vor große Schwierigkeiten. Im Besonderen die Einführung der Studien- und Langzeitgebühren stellen Belastungsfaktoren dar, denen die Studierenden aufgrund der veränderten Studienbedingungen („Verschulung des Studiums“) schwer entgegentreten können, beispielsweise durch die Ergreifung von Nebenjobs (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007, Brandstätter & Farthofer, 2003). Auch zeigte sich, dass viele Abiturienten von den zu entrichtenden Gebühren abgeschreckt sind (vgl. Spiegel Online, 2009d, Heine et al., 2008).

Hypothese 9: *Studenten, die Belastungen aufgrund der Studien- und Langzeitgebühren beklagen, sind in besonderem Maß belastet von psychischen Erkrankungen, wie Depressivität, Ängstlichkeit und körperlichen Beschwerden.*

3.2.4 Alkoholkonsum und psychische Befindlichkeit

Als letzter Punkt sollen die klinischen Störungsbilder in einen Zusammenhang mit (missbräuchlichem) Alkoholkonsum gebracht werden⁵. In der letzten Zeit stehen vermehrt andere Themen im Fokus, die die Gesundheit betreffen. Insbesondere das des

⁵ Dabei können detaillierte Darstellungen zu Prävalenzen, Konsummustern etc. der Arbeit von Hammerschmidt (2011) entnommen werden.

Rauschtrinkens und des exzessiven Alkoholkonsums Jugendlicher und junger Erwachsener. Besonders plakative Einzelfälle werden dabei medienwirksam in der Presse in den Blickpunkt gerückt (vgl. Spiegel Online 2009a; Spiegel Online, 2009b; Spiegel Online, 2009c). Dabei wird der Alkoholmissbrauch zumeist als autonomes Phänomen betrachtet und nicht etwa als eigenständige psychische Erkrankung oder als komorbide Störung im Rahmen weiterer psychischer Auffälligkeiten. Bezugnehmend auf die oben geschilderten Problembereiche könnte der missbräuchliche Konsum jedoch im Milieu der Studierenden auch als „unglücklicher“ Coping-Versuch antizipiert werden.

Es ist bekannt, dass bei vielen psychischen Störungen große Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Belastungsfaktoren vorliegen. Insbesondere kann ein hohes Maß an missbräuchlichem Konsum von Alkohol und Drogen oder sogar einer Abhängigkeit beobachtet werden. Zum Teil stellt der Konsum eine Art der Selbstmedikation dar, manchmal handelt es sich beim Konsummuster jedoch auch um einen Bedingungsfaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankungen. Bezogen auf die Häufigkeit der verschiedenen Konsummuster lautet die letzte Fragestellung (vgl. u.a. Hammerschmidt & Heine, 2008; National Institut on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995, zit. nach SAMHSA, 2007; Pauly, 2004):

Fragestellung 10: *Weisen Personen mit psychischen Auffälligkeiten im Bereich von Depressivität, Ängstlichkeit und körperlichen Beschwerden einen höheren Alkoholkonsum auf?*

4. METHODISCHES VORGEHEN⁶

Im Folgenden sollen die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Stichprobe (vgl. Abschnitt 4.1), die Untersuchungsverfahren (vgl. Abschnitt 4.2), die Erhebung (vgl. Abschnitt 4.3) sowie die Methoden der Auswertung (vgl. Abschnitt 4.4) dargestellt werden. Die durchgeführte Studie wird im weiteren Verlauf auch „Braunschweiger Studie“ genannt, damit sie unterscheidbar ist von anderen genannten Vergleichsstudien.

4.1 Erhebung und Akquise

Das Untersuchungsdesign der vorliegenden Studie ergab sich sowohl aus den theoretischen Vorüberlegungen als auch den methodischen Anforderungen. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der Untersuchung der psychischen Gesundheit von Studierenden.

Die Ergebnisse verschiedener nationaler und internationaler Studien zur psychischen Gesundheit von Studierenden dienen als Vergleichsgrundlage für die erhobenen Daten von Studierenden der drei regionalen Hochschulen (TU Braunschweig, Hochschule für Bildende Künste (HBK) Braunschweig, Fachhochschule (FH) Braunschweig/Wolfenbüttel). Ziel ist, wie in der Fragestellung unter Abschnitt 3.1 und 3.2 formuliert, die studentische Stichprobe in Abgrenzung zu repräsentativen Stichproben zu beschreiben und eventuelle Besonderheiten dieser Population erkennen zu können. Des Weiteren sollen die gewonnenen Daten mit den Ergebnissen der Studie von 2006/2007 (Hammerschmidt & Heine, 2008) verglichen werden, um so mögliche Veränderungen und Trends beim Alkoholkonsum von Studierenden sowie depressiver Symptomatik aufzudecken, insbesondere vor dem Hintergrund der Umsetzung der Bologna-Beschlüsse und der Einführung allgemeiner Studiengebühren. Darüber hinaus wird auf eine Studie der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2003 von Pauly (2004) Bezug genommen, um auch hiermit das Binge-Drinking unter Studierenden zu vergleichen.

⁶ Das folgende Kapitel wurde gemeinsam mit Christian Hammerschmidt (2011) verfasst. Es finden sich neben ähnlichen und identischen Teilen, die für beide Arbeiten gleichsam relevant sind, in beiden Arbeiten den jeweiligen Schwerpunktsetzungen entsprechende inhaltliche Unterschiede.

Im Unterschied zur Untersuchung von 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008), die mithilfe einer „Papier-und-Bleistift“-Befragung durchgeführt worden war, wurde in der vorliegenden Arbeit ein webbasierter Online-Fragebogen verwendet. Dieses Medium bietet im Vergleich zu herkömmlichen Verfahren zahlreiche Vorteile, wie beispielsweise Zeiteffizienz, geringerer Aufwand und finanzielle Kosten sowie eine hohe Objektivität und eine höhere Akzeptanz (Thielsch & Weltzin, 2009). Mögliche Nachteile, beispielsweise eine Selbstselektion, sollten aufgrund der Art der Akquise (s. Abschnitt 4.1) nicht wesentlich höher als in einer schriftlichen Bearbeitungsform einzuschätzen sein. Eine mögliche Verfälschung der Ergebnisse durch Mehrfachdurchlaufen des Fragebogens durch einen Teilnehmer wurde über eine Kontrolle via IP-Adressen und Beantwortungszeitpunkt minimiert, ohne dabei die Anonymität der Teilnehmer zu gefährden. Eine Verfälschung der Daten durch Mehrfachteilnahme wird überdies als unwahrscheinlich beurteilt (Birnbaum, 2004), bzw. führt bei hinreichend großen Stichproben zu keinen wesentlichen Verzerrungen (Srivastava et al., 2003).

Trotz der Beachtung und hinreichenden Kontrolle möglicher Störfaktoren der Online-Befragung über die o.g. Methoden, wurde zur weiteren Absicherung der Güte und zur Analyse von Sensitivität und Spezifität des Online-Fragebogens im Anschluss ein klinisches Interview (*Mini-DIPS*, Margraf, 1994; vgl. Abschnitt 4.4.3) durchgeführt. Hierdurch war es möglich, die Ergebnisse des Online-Verfahrens noch einmal kritisch zu überprüfen. Darüber hinaus konnten hohe psychische Belastungen sowie pathologische Trinkmuster im Interview spezifiziert und ggf. in klinisch relevante Diagnosen überführt werden. Anschließend wurden die Ergebnisse des Online-Fragebogens in den jeweiligen Skalen, bezogen auf ihre Beurteilung in *unauffällig* und *auffällig*, mit den Diagnosen des Interviews verglichen, hinsichtlich des Vorliegens einer psychischen Störung.

Somit können durch das zweistufige Verfahren zum einen die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Güte überprüft und zum anderen die Gültigkeit im Allgemeinen verbessert werden.

Der Fragebogen wurde am 25. Mai 2008 als Online-Version im Internet frei geschaltet. Die Studierenden wurden im Vorfeld und während der Untersuchung durch verschiedene Informationsübermittlungen akquiriert: So wurde auf der Internet-Startseite der TU Braunschweig eine Kurzinformation zur Befragung sowie ein Link zum Online-Fragebogen veröffentlicht. Darüber hinaus wurden alle Fachschaften der verschiedenen Studiengänge der TU Braunschweig, deren E-Mail-Adresse öffentlich zugänglich war, angeschrieben und darum gebeten, den Link zur Online-Befragung über jeweilige Mailinglisten (Online-Verteiler) zu verbreiten. Im dritten Schritt wurden – äquivalent zu den Fachschaften – sämtliche registrierte studentische Gruppierungen angeschrieben, darunter alle Musik- und Sportgruppen sowie verschiedene studentische Verbindungen und Burschenschaften. Ursprünglich war die flächendeckende Akquise der Studierenden über eine Information per E-Mail durch das Rechenzentrum der TU Braunschweig geplant. Dieses Vorhaben konnte jedoch wegen datenschutzrechtlicher Gründe seitens des Rechenzentrums nicht realisiert werden.

Da die Befragung regional durchgeführt und nicht auf die TU Braunschweig begrenzt werden sollte, wurden auch Studierende der HBK in Braunschweig sowie der FH Braunschweig-Wolfenbüttel akquiriert.

Verantwortliche der FH Braunschweig-Wolfenbüttel konnten vom Konzept der Untersuchung überzeugt werden und erklärten sich bereit, alle Studierenden per Mail über die Online-Befragung zu informieren.

Eine flächendeckende Akquise von Studierenden der HBK konnte leider nicht umgesetzt werden, da eine Kooperation mit den zuständigen Stellen der HBK nicht zustande kam – auch wiederholte Anfragen blieben unbeantwortet.

4.2 Aufbau der Untersuchung und Stichprobe

Die Studierenden der Online-Befragung wurden, wie bereits in Abschnitt 4.1 beschrieben, akquiriert. Nach Auswertung der Befragungsergebnisse des Online-Fragebogens wurden alle Studierenden, die sich in der Online-Befragung bereit erklärt hatten (N= 540) an einem weiteren klinischen Interview teilzunehmen, per Mail bezüglich eines Interview-Termins angeschrieben.

Die vorliegenden Daten wurden Studierenden der Technischen Universität Braunschweig, der Hochschule für Bildende Künste sowie der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel mit Hilfe von zwei Verfahren, einem Online-Fragebogen sowie einem klinischen Interview (Mini-DIPS nach Margraf, 1994), erhoben (vgl. Abschnitt 4.2 zu Aufbau und Inhalten).

4.2.1 Stichprobenbeschreibung der Online-Befragung

Insgesamt nahmen 2805 Studierende an der Online-Befragung teil. Aufgrund fehlender Angabe fielen 457 Studierende aus der Stichprobe heraus. Ausgeschlossen wurden alle Personen, die weder Angaben zu Geschlecht sowie nicht alle Fragen zum Thema Alkohol, Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit beantwortet hatten. In der Stichprobe belassen wurden dagegen Personen, die die Fragen nach Alter, Nebenjob, Freizeit und Studienbedingungen unbeantwortet gelassen hatten. Diese werden aus den themen-spezifischen Analysen zu einem späteren Zeitpunkt von der gültigen Gesamtstichprobe abgezogen. Insgesamt erfüllten 2348 Personen diese Kriterien. Von diesen Personen waren 55,2% männlich (1295 Personen) und 44,8% (1053 Personen) weiblich. Von allen Personen, die ihr Alter angegeben hatten ($n = 2336$, fehlend 12 Teilnehmer), lag der Mittelwert bei 24,26 Jahren ($SD: 3,74$; Median: 24; Minimum: 18; Maximum: 48).

4.2.2 Stichprobenbeschreibung des klinischen Interviews

540 Studierende erklärten sich im Online-Fragebogen bereit, am folgenden klinischen Interview teilzunehmen. Diese wurden per Mail bezüglich eines Interview-Termins angeschrieben. Letztendlich erschienen 72 Personen (13,3% derjenigen, die sich zuvor zum Interview bereit erklärt hatten; 3,1% aller Teilnehmer der Online-Befragung) zu einem persönlichen Interview. Davon waren 31 männlich (43%) und 41 Personen (57%) weiblich.

4.2.3 Hochschulstruktur und angestrebte Abschlüsse

Es ergab sich folgende Verteilung der Teilnehmer auf die Hochschulen:

- keine Angabe der Hochschule: 2,7% (n= 64),

von den übrigen (hier jetzt 100%) (vgl. Abbildung 2):

- Technische Universität Braunschweig: 40,1% (n=916),
- Hochschule für Bildende Künste: 1,9% (n= 44),
- Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel: 55,6% (n=1270),
- geteiltes Studium an der TU Braunschweig und der HBK: 2,4% (n= 54).

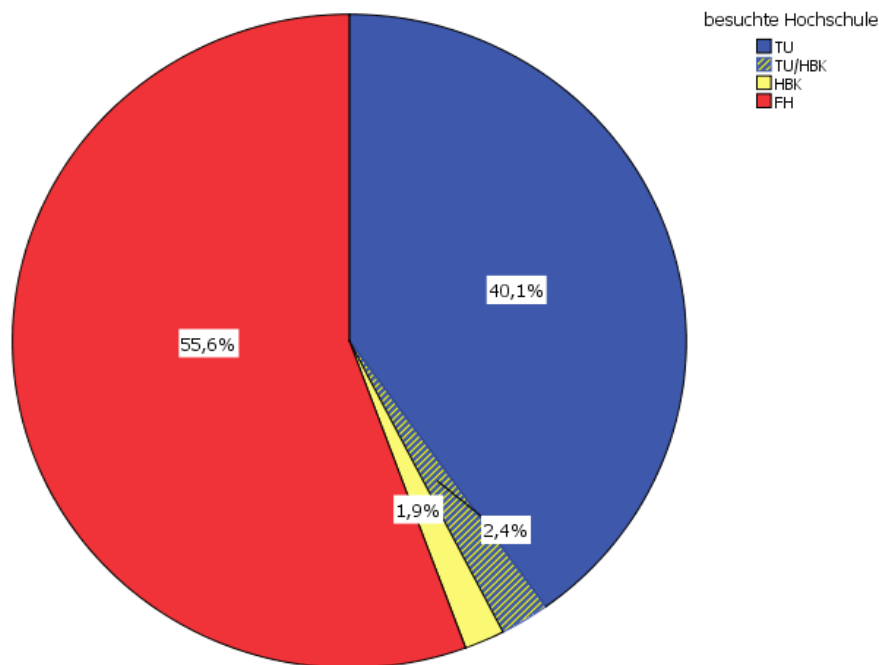


Abbildung 2: Verteilung der Teilnehmer der Befragung auf die Hochschulen

Auf die Frage nach dem nächsten angestrebten Abschluss ergab sich das folgende Bild (vgl. Abbildung 3). Dabei handelt es sich nicht um den letztendlich angestrebten Abschluss, sondern um den, welcher vom Studierenden im weiteren Verlauf als nächstes erworben werden kann/angestrebt wird. Noch im Grundstudium, nach dem alten System, wie es vor der Hochschulreform üblich war, studierten mit dem Ziel eines „Vordiploms“ 344 (15,6%), mit dem Ziel der Magister-Zwischenprüfung 3 (0,1%) und Examenszwischenprüfung 6 (0,3%) der Befragten. Von den Studierenden, die sich im Hauptstudium befanden, strebten 879 (39,8%) das Diplom an, weitere 49 (2,2%) den Magister und 21 (1,0%) ein Staatsexamen. Bereits nach den neuen Stu-

dienrichtlinien studierten insgesamt 850 Personen (38,4%). Davon 781 (35,3%) im Bachelor-Studiengang und weitere 69 Personen (3,1%) im Master-Studiengang. Darüber hinaus waren unter den Befragten 58 eingeschriebene Promotions-Studierende (2,6%).

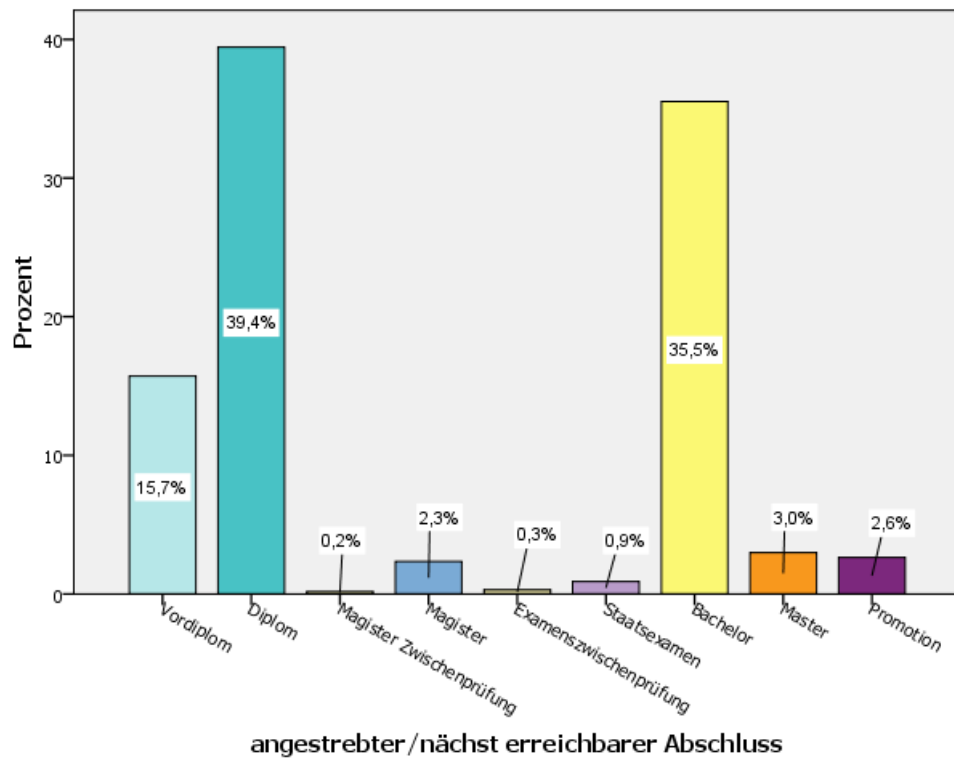


Abbildung 3: Angestrebter/nächst erreichbarer Abschluss

4.2.4 Studienfächer

Insgesamt haben Studierende von 102 verschiedenen Studienfächern an drei Hochschulen (TU, FH und HBK) teilgenommen. Da es sich hier zum Teil um nur einige wenige Studenten handelte, hat sich die Autorin entschlossen, die Hauptstudienfächer in Cluster aufzuteilen. Grund war, dass bei der Vielzahl der Studienfächer eine separate Betrachtung, insbesondere nach der Neuordnung und Umstellung der Studiengänge nach dem Bologna-Beschluss, nicht sinnvoll erschien. Die damit verbundene Schaffung neuer Studiengänge erweiterte das Spektrum universitärer Studiengänge in einem solchen Ausmaß, dass eine Auswertung über die Studienfächer in dieser Untersuchung kaum zu aussagekräftigen Ergebnissen geführt hätte. Die Cluster wurden nach inhaltlichen Schwerpunkten der Hauptfächer eingeteilt und folgen

nicht in allen Fällen der Einteilung nach Fakultäten an den jeweiligen Hochschulen. Die folgenden Cluster wurden dabei gewählt:

1. Natur-, Lebenswissenschaften (inklusive Psychologie) (NLW)
2. Sozialwissenschaften (SOW)
3. Ingenieurwissenschaften (ING)
4. Geistes- und Erziehungswissenschaften, Kunst und Gestaltung (GEK)
5. Wirtschaftswissenschaften, Logistik, Verkehr und Gesundheitsmanagement (WLG)
6. Mathematik und Informatik (MAI).

Dabei verteilten sich die Teilnehmer der Online-Befragung wie folgt auf die Cluster der Studienfächer auf:

- Cluster 1: Natur-, Lebenswissenschaften (inklusive Psychologie) (NLW):

Biotechnologie (16 Studenten, davon 4 Männer, 12 Frauen), *Physik* (22 Studenten, davon 16 Männer, 6 Frauen, 20 TU, bei 2 Personen keine Angabe der Hochschule), *Psychologie* (63 Studenten, davon 7 Männer, 56 Frauen; 60 TU, bei 4 Personen keine Angabe der Hochschule), *Pharmazie* (8 Studenten, davon 8 Frauen; alle TU), *Chemie* (15 Studenten, davon 10 Männer, 5 Frauen; 14 TU, 1 FH), *Biologie* (20 Studenten, davon 2 Männer, 18 Frauen, 19 TU, bei 1 Person keine Angabe der Hochschule), *Weiterbildender Studiengang Psychologischer Psychotherapeut* (2 Studenten, davon 2 Frauen; alle TU), *Geoökologie* (10 Studenten, davon 1 Mann, 9 Frauen; alle TU), *Lebensmittelchemie* (10 Studenten, davon 3 Männer, 7 Frauen; alle TU).

- Cluster 2: Sozialwissenschaften (SOW):

Soziologie (13 Studenten, davon 4 Männer, 9 Frauen, 12 TU, bei 1 Person keine Angabe der Hochschule), *Wirtschaftsrecht* (57 Studenten, davon 18 Männer, 39 Frauen; alle FH), *Politikwissenschaft* (9 Studenten, davon 5 Männer, 4 Frauen; 8 TU, bei 1 Person keine Angabe der Hochschule), *Sozialwissenschaft* (11 Studenten, davon 3 Männer, 8 Frauen; alle TU), *Recht* (31 Studenten, davon 8 Männer, 23 Frauen; 30 FH bei 3 Personen keine Angabe der Hochschule), *Wissenstransfer (ORWI)* (9 Studenten, davon 1 Mann, 8 Frauen; alle TU), *Medienwissenschaften* (44 Studenten, davon 14 Mann, 30 Frauen; 35 HBK, 9 FH), *IT-Recht* (3 Studenten, davon 1 Mann, 2 Frauen; 3 FH).

- Cluster 3: Ingenieurwissenschaften (ING):

Maschinenbauwesen (225 Studenten, davon 191 Männer, 34 Frauen; 106 TU, 115 FH bei 4 Personen keine Angabe der Hochschule), *Versorgungstechnik* (24 Studenten, davon 23 Männer, 1 Frau), *Wirtschaftsingenieurwesen mit Schwerpunkt Maschinenbauwesen* (37 Studenten, davon 28 Männer, 9 Frauen), *Wirtschaftsingenieurwesen mit Schwerpunkt Bau* (9 Studenten, davon 6 Männer, 3 Frauen), *Wirtschaftsingenieur nicht näher bezeichnet* (48 Studenten, davon 42 Männer, 6 Frauen, 16 TU, 32 FH), *Ingenieurwesen* (1 Student, 1 Mann), *Architektur* (130 Studenten, davon 45 Männer, 85 Frauen, alle TU), *Elektro-Technik* (84 Studenten, davon 74 Männer, 10 Frauen, 34 TU, 48 FH), *Bio- und Umweltingenieurwesen* (84 Studenten, davon 74 Männer, 10 Frauen, 34 TU, 48 FH), *Bioingenieurwesen* (43 Studenten, davon 20 Männer, 23 Frauen, alle TU), *Informations-System-Technik* (28 Studenten, davon 24 Männer, 4 Frauen, alle TU), *Wirtschaftsingenieurwesen mit Schwerpunkt Elektro-Technik* (12 Studenten, davon 10 Männer, 2 Frauen, alle TU), *Maschinenbauwesen, Schwerpunkt Luft- und Raumfahrttechnik* (5 Studenten, davon 5 Männer, alle TU), *Maschinenbauwesen Konstruktion und Entwicklung (K & E)* (2 Studenten, davon 2 Männer, alle FH), *Bauingenieurwesen (BAU)* (23 Studenten, davon 12 Männer, 11 Frauen, 21 TU, 1 FH, bei 1 Person keine Angabe der Hochschule), *Wirtschaftsingenieur Automobiltechnik* (2 Studenten, davon 2 Frauen, alle FH), *Maschinenbauwesen, Produktion und Logistik (P&L)* (3 Studenten, davon 3 Frauen, alle FH), *Wirtschaftsingenieur, Schwerpunkt Verkehrstechnik* (1 Student, davon 1 Mann, FH), *Wirtschaftsingenieur Verkehrsmanagement (WVM)* (11 Studenten, davon 11 Frauen, alle FH), *Fahrzeugbau (FZB)* (8 Studenten, davon Männer, 1 Frau, alle FH), *Fahrzeugtechnik* (41 Studenten, davon 38 Männer, 3 Frauen, 1 TU, 40 FH), *Energie- und Gebäudetechnik (EGT)* (2 Studenten, davon 1 Mann, 1 Frau, alle FH), *Elektrische Anlagen- und Automatisierungstechnik (E&A)* (2 Studenten, davon 2 Männer, alle FH), *Energie- und Gebäudetechnik (EGT)* (2 Studenten, davon 1 Mann, 1 Frau, alle FH), *Kunststofftechnik* (4 Studenten, davon 2 Männer, 2 Frauen, alle FH), *Fahrzeugaufbauentwicklung im Praxisverbund (FBP)* (3 Studenten, davon 3 Männer, alle FH), *Informationstechnik* (1 Student, davon 1 Männer, FH), *Verfahrenstechnik* (11 Studenten, davon 6 Männer, 5 Frauen, alle FH), *Umwelt- und Hygienetechnik* (3 Studenten, davon 1 Mann, 2 Frauen, alle FH), *Technische Gebäudeausrichtung (TGA) (Versorgungstechnik)* (6 Studenten, davon 5 Männer, 1 Frau, alle FH), *Automatisierungstechnik (AT)* (1 Stu-

dent, davon 1 Mann, FH), Recycling (1 Student, davon 1 Mann, FH), *Bio- und Umwelttechnologie (BEE)* (20 Studenten, davon 11 Männer, 9 Frauen, 20 FH), *Mechatronic* (5 Studenten, davon 3 Männer, 2 Frauen, 2 TU, 3 FH), *Automatisierung und Energiesysteme (AE)* (4 Studenten, davon 4 Männer, 4 FH), *Regenerative Energiesysteme* (1 Student, davon 1 Männer, FH), *Telekommunikation (TK)* (1 Student, davon 1 Männer, FH).

- Cluster 4: Geistes- und Erziehungswissenschaften; Kunst und Gestaltung (GEK):
Soziale Arbeit (75 Studenten, davon 10 Männer, 65 Frauen; alle FH), *Philosophie* (1 Student, davon 1 Mann, TU), *Sozialpädagogik* (5 Studenten, davon 2 Männer, 3 Frauen; alle FH), *Geschichte* (14 Studenten, davon 8 Männer, 6 Frauen; alle TU), *Lehramt* (34 Studenten, davon 6 Männer, 28 Frauen; 28 TU, 6 HBK/TU), *Erziehungswissenschaften* (7 Studenten, davon 7 Frauen; alle TU), *Germanistik* (19 Studenten, davon 1 Mann, 18 Frauen; alle TU), *Kunstwissenschaft* (23 Studenten, davon 2 Männer, 21 Frauen; alle HBK), *Anglistik* (1 Student, davon 1 Frau; TU), *Kultur der technisch/wissenschaftlichen Welt* (2 Studenten, davon 2 Frauen; alle TU), *Sozialwesen* (22 Studenten, davon 5 Männer, 17 Frauen; alle FH), *Sozialmanagement* (1 Student, davon 1 Frau; FH), *Mediendesign (MD)* (4 Studenten, davon 3 Männer, 1 Frau; alle FH), *Freie Kunst* (5 Studenten, davon 3 Männer, 2 Frauen; alle HBK), *Industriedesign* (2 Studenten, davon 2 Frauen; alle HBK), *Kommunikationsdesign* (10 Studenten, davon 2 Männer, 8 Frauen; alle HBK), *Multimedia (MMU)* (1 Student, davon 1 Mann, FH).

- Cluster 5: Wirtschaftswissenschaften, Logistik, Verkehr und Management im Gesundheitswesen (WLG):

Wirtschaftswissenschaften (4 Studenten, davon 2 Männer, 2 Frauen; davon 2 TU, 2 FH), *Betriebswirtschaftslehre* (75 Studenten, davon 26 Männer, 49 Frauen; alle FH), *Bank- und Finanzmanagement* (3 Studenten, davon 3 Männer, alle FH), *Marketing* (1 Student, davon 1 Frau; FH), *Außenwirtschaft (AW)* (2 Studenten, davon 2 Männer, alle FH), *Automobilwirtschaft* (3 Studenten, davon 2 Männer, 1 Frau, alle FH), *Transport- und Logistikmanagement (TLM)* (34 Studenten, davon 23 Männer, 11 Frauen; alle FH), *Sportmanagement (SPM)* (70 Studenten, davon 42 Männer, 30 Frauen; 70 FH, bei 2 Personen keine Angabe der Hochschule), *Tourismusmanagement (TM)* (70 Studenten, davon 6 Männer, 64 Frauen; 66 FH, bei 4 Personen keine Angabe der Hochschule),

Vertriebsmanagement (1 Student, davon 1 Mann, FH), *Logistik- und Informationsmanagement (LIM)* (6 Studenten, davon 5 Männer, 1 Frau; alle FH), *Controlling* (4 Studenten, davon 2 Männer, 2 Frau; 1 TU, 3FH), *Touristik-BWL, Logistik* (19 Studenten, davon 12 Männer, 7 Frau, alle FH), *Transportwesen* (2 Studenten, davon 2 Männer, alle FH), *Mobilität und Verkehr* (1 Student, davon 1 Mann, FH), *Transport- und Verkehrsweisen* (2 Studenten, davon 1 Mann, 1 Frau, alle FH), *Augenoptik* (20 Studenten, davon 6 Männer, 14 Frauen; 19 FH bei 1 Person keine Angabe der Hochschule), *Management im Gesundheitswesen (MIG)* (49 Studenten, davon 3 Männer, 46 Frauen; alle FH), *Pflegemanagement* (1 Student, davon 1 Frau; FH), *Refraktion* (1 Student, davon 1 Mann, FH).

- Cluster 6: Mathematik und Informatik (MAI):

Mathematik (42 Studenten, davon 20 Männer, 22 Frauen), *Mathematical Engineering* (1 Student, davon 1 Mann, TU), *Wirtschaftsinformatik* (48 Studenten, davon 37 Männer, 11 Frauen, 28 TU, 20 FH), *Informatik* (94 Studenten, davon 86 Männer, 8 Frauen, 36 TU, 54 FH, bei 4 Personen keine Angabe der Hochschule), *Fahrzeuginformatik (FI)* (23 Studenten, davon 20 Männer, 3 Frauen, 23 FH), *Praktische Informatik (PI)* (9 Studenten, davon 8 Männer, 1 Frau, 9 FH), *Finanz- und Wirtschaftsmathematik (FWM)* (17 Studenten, davon 8 Männer, 9 Frauen, 15 TU, 2 FH), *Industrieinformatik (IT)* (5 Studenten, davon 5 Männer, 5 FH), *Medieninformatik (MI)* (9 Studenten, davon 9 Männer, 9 FH), *Technische Informatik (TI)* (9 Studenten, davon 8 Männer, 1 Frau, 9 FH).

Am *klinischen Interview* nahmen 72 Studierende teil. Davon waren 31 männlich und 41 Personen weiblich. Das durchschnittliche Alter der Befragten betrug 26 Jahre (SD 5,14, Minimum 19, Maximum 44). Die Teilnehmer rekrutierten sich aus folgenden Studiengängen und Clustern:

1. Natur-, Lebenswissenschaften (inklusive Psychologie): *Psychologie* (6 Studenten, TU), *Pharmazie* (1 Student, TU), *Chemie* (2 Studenten, TU), *Biologie* (1 Student, TU), *Geoökologie* (1 Student, TU):
2. Sozialwissenschaften: *Wirtschaftsrecht* (2 Studenten, FH), *Soziologie* (2 Studenten, TU), *Wissenstransfer (ORWI)* (1 Student, TU), *Medienwissenschaften* (Studenten, HBK), *Politikwissenschaft* (1 Student, TU):

3. Ingenieurwissenschaften: *Maschinenbau* (3 Studenten, davon 1 TU, 2 FH), *Architektur* (6 Studenten, TU), *Elektrotechnik* (1 Student, FH), *Wirtschaftsingenieurwesen mit Schwerpunkt Maschinenbauwesen* (1 Student, TU), *Wirtschaftsingenieurwesen Fachrichtung Bau* (1 Student, TU), *Bioingenieurwesen* (4 Studenten, TU), *Wirtschaftsingenieurwesen Fachrichtung Elektrotechnik* (1 Student, TU), *Umwelt- und Hygienetechnik* (1 Student, FH), *Bauingenieurwesen* (1 Student, TU).
4. Geistes- und Erziehungswissenschaften, Kunst und Gestaltung: *Kultur der technisch/wissenschaftlichen Welt* (1 Student TU), *Erziehungswissenschaften* (1 Student, TU), *Sozialwesen* (1 Student, FH), *Soziale Arbeit* (5 Studenten, FH), *Geschichte* (3 Studenten, TU), *Sozialpädagogik* (1 Student, FH), *Lehramt* (3 Studenten, davon 2 TU, 1 HBK), *Germanistik* (1 Student, TU).
5. Wirtschaftswissenschaften, Logistik, Verkehr und Management im Gesundheitswesen: *Wirtschaftswissenschaften* (1 Student, FH), *Tourismusmanagement* (2 Studenten, FH), *Betriebswirtschaftslehre* (2 Studenten, FH), *Sportmanagement* (1 Student, FH), *Management im Gesundheitswesen (MIG)* (1 Student, FH).
6. Mathematik und Informatik: *Wirtschaftsinformatik* (1 Student, TU), *Informatik* (3 Studenten, davon 1 TU, 2 FH), *Medieninformatik* (1 Student, FH), *Mathematik* (1 Student, TU).

Tabelle 6 gibt noch einmal einen Gesamtüberblick über die Verteilung der Studierenden nach Fakultäten und Befragungsmodus. Dabei sind in Tabelle 6 nur die gültigen Prozente abgebildet. Dies bedeutet, dass von den 2.348 Studierende, die den Online-Fragebogen ausfüllten, 331 Personen (14,1% von 2.348 Befragten) keine Angaben zu ihrem Studiengang machten. Sie wurden aufgrund dessen in der oben gezeigten Tabelle nicht erfasst.

Tabelle 6: Verteilung der Studierenden nach Studiengangclustern und Befragungsmodus

| Studiengangcluster | Befragungsmodus | |
|---|---------------------|------------------|
| | Online-Fragebogen | Interview |
| <u>Cluster 1:</u> Natur- und Lebenswissenschaften | 167 (8,3%) | 12 (16,6%) |
| <u>Cluster 2:</u> Sozialwissenschaften | 199 (9,9%) | 9 (12,5%) |
| <u>Cluster 3:</u> Ingenieurwissenschaften | 806 (40,0%) | 20 (27,8%) |
| <u>Cluster 4:</u> Geistes- und Erziehungswissenschaften, Kunst und Gestaltung | 206 (10,2%) | 17 (23,6%) |
| <u>Cluster 5:</u> Wirtschaftswissenschaften, Logistik/Verkehr und Gesundheit | 371 (18,4%) | 8 (11,1%) |
| <u>Cluster 6:</u> Mathematik und Informatik | 268 (13,3%) | 6 (8,3%) |
| Gesamt | 2.017 (100%) | 72 (100%) |

4.2.5 Familiäre Strukturen

Angaben zum Partnerschaftsstatus haben 2.330 Personen gemacht, was 99,2% aller Teilnehmer entspricht. Die Autorin entschied sich für vier Kategorien, die in der folgenden Tabelle detailliert dargestellt werden (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Partnerschaftsstatus in der studentischen Stichprobe, getrennt nach Geschlecht

| | | Partnerschaftsstatus | | | | Gesamt |
|-----------------|--------|----------------------|---------------|-----------|-------|--------|
| | | noch nie | derzeit nicht | wechselnd | fest | |
| männlich | Anzahl | 131 | 457 | 81 | 616 | 1.285 |
| | % | 10,2% | 35,6% | 6,2% | 46,4% | 100% |
| weiblich | Anzahl | 56 | 247 | 29 | 713 | 1.045 |
| | % | 5,4% | 23,6% | 2,8% | 68,2% | 100% |
| Gesamt | Anzahl | 187 | 704 | 110 | 1.329 | 2.230 |
| | % | 8,0% | 30,2% | 4,7% | 57,0% | 100% |

Von den 2.348 Teilnehmern gaben 120 Personen (5,1%) an, Kinder zu haben. Betrachtet man das Geschlecht, so haben 50 männliche Studierende Kinder und 70 weibliche. Weitere Angaben über die Anzahl der Kinder machten 105 Personen. Demnach hat-

ten 63 Studierende ein Kind, 31 Personen zwei Kinder, 9 Teilnehmer drei Kinder und zwei Teilnehmer vier Kinder.

4.3 Güte des Online-Fragebogens

Im Online-Fragebogen wurden bewährte Instrumente zur Abschätzung der Prävalenz psychischer Störungen verwandt. Zur Beschreibung der im Einzelnen verwandten Testverfahren vergleiche Abschnitt 4.4.1.

Ziel der Untersuchung mittels der verwendeten psychologischen Testverfahren war die Abbildung der Prävalenzen der untersuchten psychischen Auffälligkeiten unter Studierenden. Zur Absicherung der Güte und zur Analyse von Sensitivität und Spezifität des Online-Fragebogens wurde im Anschluss an die Online-Befragung ein klinisches Interview (*Mini-DIPS*, Margraf, 1994; vgl. Abschnitt 4.4.3) durchgeführt. Hierbei wurden die Werte des Onlinefragebogens, bezogen auf ihre Einteilung in unauffällig und auffällig, mit den Ergebnissen des Interviews hinsichtlich des Vorliegens einer psychischen Störung verglichen. Hierbei konnten die in Tabelle 8 aufgeführten Häufigkeitsverteilungen ermittelt werden.

Auffällig ist hier der relativ hohe Anteil der falsch-negativen Beurteilungen, was sich auch in der eher geringen Sensitivität von .57 ausdrückt. Dies bedeutet eine Unterschätzung der Prävalenzen in der Online-Befragung. Im Gegensatz dazu ergibt sich jedoch eine befriedigende Spezifität von .76. Das heißt, dass bei denjenigen, die laut Online-Befragung in mindestens einer Skala (Beschwerde-Liste (B-L), Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)) auffällige Werte angaben, nach Auswertung des klinischen Interviews (Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen, Mini-DIPS) zu 82% eine psychische Störung diagnostiziert werden konnte.

Tabelle 8: Vergleich der Ergebnisse des Online-Fragebogens mit der Diagnose einer psychischen Störung im klinischen Interview

| | | | Psychisch auffällig (laut Online-Fragebogen) | | |
|---|---------------------------------|------------------------|---|-------|--------|
| | | | nein | ja | Gesamt |
| Psychische Störung (laut Mini-DIPS) | keine Diagnose | Anzahl | 19 | 6 | 25 |
| | | % von psych. auffällig | 76,0% | 24,0% | 100% |
| | mindestens eine Diagnose | Anzahl | 20 | 27 | 47 |
| | | % von psych. auffällig | 42,6% | 57,4% | 100% |
| | Gesamt | Anzahl | 39 | 33 | 72 |
| | | Prozent | 54,2% | 45,8% | 100% |

Im Hinblick auf die untersuchten Dimensionen *Depressivität* und *Ängstlichkeit* ergeben sich die in Tabelle 9 und Tabelle 10 dargestellten Verteilungen. Für die Güteuntersuchung wurden die Ausprägungsgruppen *auffällig* und *grenzwertig* der HADS-D zusammengefasst und mit der Gruppe *unauffällig* verglichen. Die Zusammenfassung dergestalt erfolgte vor dem Hintergrund, dass nur tatsächlich Unauffällige laut Online-Fragebogen auch als solche im Hinblick auf eine Untersuchung mittels Interview interpretiert werden sollten und sich Personen mit grenzwertiger Ausprägung zumindest nicht unerheblich belastet zeigen.

Tabelle 9: Vergleich der Ergebnisse des Online-Fragebogens mit der Diagnose einer Depression im klinischen Interview

| | | | Depressivität (laut Online-Fragebogen, HADS-D) | | | |
|---|------------------------|------------------|---|-------------|-----------|--------|
| | | | unauffällig | grenzwertig | auffällig | Gesamt |
| Major Depression (laut Mini-DIPS) | nicht vorhanden | Anzahl | 44 | 5 | 4 | 53 |
| | | % laut Mini-DIPS | 83,0% | 9,4% | 7,5% | 100% |
| | vorhanden | Anzahl | 11 | 4 | 3 | 18 |
| | | % laut Mini-DIPS | 61,1% | 22,2% | 16,7% | 100% |
| | Gesamt | Anzahl | 55 | 9 | 7 | 71 |
| | | % laut Mini-DIPS | 77,5% | 12,7% | 9,9% | 100% |

Betrachtet man die Güte des Onlinefragebogens bezogen auf die Dimension *Depressivität* ergibt sich eine Sensitivität .39 und eine Spezifität von .83. Bezüglich der *Ängstlichkeit* ergibt sich eine Sensitivität von .56 und eine Spezifität von .83.

Mögliche Erklärungen für die insgesamt geringere Sensitivität könnte zum einen eine zu „strenge“ Auslegung der Symptomausprägungen im Interview sein, andererseits könnte jedoch auch der private „Einzelkontakt“ einige Studierende dazu ermutigt haben, über ihre Beschwerden offener zu berichten und sich diesbezüglich beraten zu lassen.

Tabelle 10: Vergleich der Ergebnisse des Online-Fragebogens mit der Diagnose einer Angststörung im klinischen Interview

| | | | Ängstlichkeit | | | |
|--|----------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|-----------|--------|
| | | | (laut Online-Fragebogen, HADS-D) | | | |
| | | | unauf- fällig | grenz- wertig | auffällig | Gesamt |
| Angst/ Panik- störung (laut Mini- DIPS) | nicht vorhanden | Anzahl | 29 | 3 | 3 | 35 |
| | | % laut Mini-DIPS | 82,9% | 8,6% | 8,6% | 100% |
| | vorhanden | Anzahl | 16 | 4 | 16 | 36 |
| | | % laut Mini-DIPS | 44,4% | 11,1% | 44,4% | 100% |
| | Gesamt | Anzahl | 45 | 7 | 19 | 71 |
| | | % laut Mini-DIPS | 63,4% | 9,9% | 26,8% | 100% |

Bei der Betrachtung der Güte der Onlinebefragung im Hinblick auf eine alkoholbezogene Störung mittels CAGE (vgl. Tabelle 11) ergeben sich insgesamt zufriedenstellende Werte. Hier konnten eine Sensitivität von .69 und eine Spezifität von .70 ermittelt werden. Somit scheint der CAGE (vgl. Abschnitt 4.4.1.1) auch im studentischen Milieu ein probates Mittel zur Erkennung problematischen Alkoholkonsums zu sein.

Tabelle 11: Vergleich Ergebnisse des CAGE in der Online-Befragung mit der Diagnose eines Alkoholmissbrauchs bzw. einer -abhängigkeit im klinischen Interview

| | | | problematischer Alkoholkonsum (laut Online-Fragebogen, CAGE) | | |
|---|----------------------------|------------------|---|-----------|--------|
| | | | unauffällig | auffällig | Gesamt |
| Alkohol- missbrauch/ -abhängigkeit (laut Mini-DIPS) | nicht vorhanden | Anzahl | 38 | 16 | 54 |
| | | % laut Mini-DIPS | 70,4% | 29,6% | 100% |
| | vorhanden | Anzahl | 5 | 11 | 16 |
| | | % laut Mini-DIPS | 31,3% | 68,8% | 100% |
| | Gesamt | Anzahl | 43 | 27 | 70 |
| | | Prozent | 61,4% | 38,6% | 100% |

Auf eine Analyse der Güte des Onlinefragebogens bezüglich Somatisierung (B-L) wurde aufgrund der hohen Schnittmenge von somatoformen Symptomen bei Angst- und Panikstörung, depressiven Episoden und Somatisierungsstörungen verzichtet. Des Weiteren handelt es sich um ein Instrument zur Erfassung körperlicher Beeinträchtigungen oder Beschwerdenkomplexe. Dabei dient sie jedoch nicht zur Diagnostik von somatoformen Störungen, weshalb sich die Ergebnisse nicht in Störungsbilder überführen lassen würden.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass der verwendete Online-Fragebogen hinsichtlich seiner Güte ein insgesamt probates Mittel zur Erfassung psychischer Störungen darstellt. Die Berechnung der Sensitivität und Spezifität des Online-Fragebogens macht deutlich, dass der Fragebogen die Prävalenz psychischer Störungen konservativ erfasst. Somit wird die Anzahl der Personen, die tatsächlich an einer psychischen Störung leiden, eher unterschätzt. Positiv hierbei ist, dass der Stigmatisierung vorgebeugt wird.

4.4 Beschreibungen der Verfahren

Im Folgenden sollen die diagnostischen Instrumente, die zur Erhebung der psychischen Symptomatik in der Studie verwandt wurden, kurz erläutert werden. Dabei liegt das Augenmerk auf dem Anwendungsbereich sowie auf der Handhabung. Die Beschreibungen der Verfahren sind hierbei zum Teil der Arbeit von Hammerschmidt

und Heine (2008) entnommen, da in der Voruntersuchung teilweise analoge Instrumente Verwendung fanden.

Erhoben wurden die Daten der vorliegenden Untersuchung anhand eines Onlinefragebogens sowie eines klinischen Interviews. Weite Teile zur Erhebung des Alkoholkonsums sind hierbei dem Epidemiologischen Suchtsurvey (Pabst & Kraus, 2008; Augustin & Kraus, 2005) entnommen, um die vorliegenden Daten der studentischen Stichprobe mit den repräsentativen Ergebnissen des Suchtsurveys vergleichen zu können. Die Auswahl richtete sich hierbei nach dem Schwerpunkt der geplanten Untersuchung. Skalen, wie beispielsweise zum Medikamentengebrauch oder Konsum von Cannabis sowie Kokain, wurden nicht verwendet, da es den Rahmen der Arbeit, die sich thematisch vorwiegend mit psychischen Störungen und Alkoholkonsum auseinandersetzen soll, überschreiten würde. Weitere Fragen sind der Zielsetzung der Arbeit entsprechend ergänzt worden. Es wurden sowohl etablierte Fragebögen (bspw. HADS-D, B-L), zum Teil nur in Auszügen (AUDIT), verwendet, als auch eigene spezifische Items entwickelt. Bei letzteren handelte es sich vorwiegend um Fragen zu demographischen Daten, zur Studienzufriedenheit, zur Freizeitgestaltung oder zu Problemen und Hürden im Studium. Im Abschnitt 4.5.1 wird auf diese Items nicht näher eingegangen, sie können aber im Anhang eingesehen werden.

4.4.1 Verwendete Instrumente des Online-Fragebogen

4.4.1.1 CAGE

Beim CAGE (Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P., 1974; vgl. Schulz, 2004) handelt es sich um ein international anerkanntes Screening-Instrument mit dem Ziel der Identifikation von Personen mit Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. Er weist gute bis sehr gute Gütekriterien auf. Aufgrund seiner Kürze und der guten Kennzahlen findet er in der Praxis vielfache Verwendung. Die Sensitivität, richtig klassifizierte Alkoholiker, des CAGE liegt bei 85%, seine Spezifität, richtig klassifizierte Nicht-Alkoholiker, bei 89% (Schulz, 2004).

Er besteht aus vier Items, die unter folgenden Schlagwörtern subsummiert sind: 1. *Cut Down Drinking* (Konsumeinschränkung), 2. *Annoyance* (Ärgerniss), 3. *Guilty* (Schuld) und 4. *Eye Opener* („Augen-Öffner“), welche mit „Ja“ oder „Nein“ beant-

wortet werden müssen. Die Auswertung erfolgt über die Bildung eines einfachen Summenscores. Bei zwei oder mehr „Ja“-Antworten ist es wahrscheinlich, dass der Befragte mindestens Alkoholmissbrauch betreibt, wenn nicht sogar bereits abhängig ist.

Für eine endgültige Diagnosestellung ist weitere, spezifischere Diagnostik nötig. Auch deswegen, weil der CAGE zwischen Missbrauch und Abhängigkeit nicht unterscheidet.

4.4.1.2 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Die zehn Items des *AUDIT* (Barbor et al., 1989), in der deutsche Fassung von Rist, Scheuren, Demmel, Hagen und Aulhorn (2003), helfen problematischen und gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum im Sinne eines Screeningverfahrens zu erfassen. Hierbei findet er seine Anwendung bereits *vor* dem Auftreten von psychischen, sozialen und physischen Folgen des Konsums (Kraus et al., 2005). Validiert wurde der *AUDIT* an klinischen Stichproben sowie nichtklinischen Gruppen. Mit den zehn Items werden zum einen die Alkoholmenge, als auch die Trinkfrequenz und resultierende Probleme erfasst. Der maximal zu erreichende Wert ist 40, wobei der Cut-off Wert bei 8 Punkten liegt (Conigrave, Hall & Saunders, 1995, zit. nach Kraus et al., 2005). Die Items sollen jeweils auf unterschiedlichen Abstufungen beantwortet werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde nur die neunte Frage („Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon einmal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?“) verwandt. Ergänzt wurde Item neun des *AUDIT* durch eine weiterführende Frage: „Haben Sie sich unter Alkoholeinfluss schon einmal so verletzt, dass Sie sich im Krankenhaus oder beim Notdienst behandeln lassen mussten?“.

Hintergrund der beiden Fragen ist eine Lebensstil-Studie der Berliner Charité und dem Bundesgesundheitsministerium im Zeitraum von 2001 bis 2003, aus der hervorging, dass junge Menschen, die vom Alkoholabhängigkeit bedroht sind, zu Beginn ihrer Erkrankung mehrfach mit leichten Verletzungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses behandelt werden mussten (Neumann et al., 2004). In der Untersu-

chung von Hammerschmidt und Heine (2008) konnte dieser Zusammenhang ebenfalls dargestellt werden.

4.4.1.3 Frequenz-Menge-Index

Der international anerkannte und verwendete Frequenz-Menge-Index dient der Ermittlung des Verzehrs alkoholischer Getränke innerhalb der vergangenen 30 Tage. Zur Ermittlung der Menge wird bezogen auf einen Trinktag die Anzahl der im Durchschnitt konsumierten Alkoholika erfasst. Die Frequenz wird dabei anhand der Frage ermittelt, an wie vielen der letzten 30 Tage ein bestimmtes Getränk (beispielsweise Bier, Wein und Sekt) konsumiert wurde. Im Anschluss wird aus den gewonnenen Daten über eine Umrechnung der Durchschnittswerte die Gesamtmenge des in den letzten 30 Tagen konsumierten Reinalkohols in Gramm sowie eine durchschnittliche Tagesmenge ermittelt (Bühringer et al., 2000, zit. nach Kraus, Augustin & Orth, 2005).

Die Umrechnung von Getränk in Litern in Gramm Reinalkohol erfolgt dabei über folgende Formel: Pro Liter Wein/Sekt, Bier und Spirituosen werden jeweils 11,0 Vol.%, 4,8 Vol.% und 33,0 Vol.%, entsprechend dazu eine Alkoholmenge Reinalkohol von 87,3g, 38,1g und 262,0g pro Liter zugrunde gelegt (Bühringer et al., 2000, zit. nach Kraus, Augustin & Orth, 2005).

4.4.1.4 „Binge-Drinking“

Neben den Instrumenten, die den Alkoholkonsum und das mit dem Konsum verbundene Verhalten erheben, soll das Konstrukt des *Binge-Drinking* erhoben werden. Wie bereits erwähnt handelt es sich hierbei um ein Konsummuster des episodischen Trinkens, bei dem bei einer Trinkgelegenheit fünf oder mehr Getränke konsumiert werden. Operationalisiert wird dieses Konsummuster in den meisten Untersuchungen mit der Frage nach der Häufigkeit des Konsums von fünf oder mehr Getränken bei einer Gelegenheit (Pabst & Kraus, 2008; Kraus, Augustin & Orth, 2005). Der Erfassungszeitraum des Konsums liegt dabei in der vorliegenden Studie bei 30 Tagen. Die verwendeten Fragen sind der Studie von Pauly (2004) entnommen.

4.4.1.5 Nikotin- und Drogenkonsum

Die Feststellung, ob die Befragten überhaupt, und wenn ja, mit welcher Häufigkeit Nikotin, Cannabis, psychoaktive Medikamente oder sogenannten harte Drogen konsumieren, ist wichtig, um die studentische Stichprobe hinsichtlich des Konsummusters mit der Allgemeinbevölkerung vergleichen zu können. Im Suchtsurvey wurde dies mit weitreichenderen Instrumenten detaillierter erhoben, was jedoch außerhalb des Rahmens der vorliegenden Arbeit gelegen hätte. Somit wurde in der vorliegenden Untersuchung lediglich nach dem Konsum an sich und dementsprechend ggf. nach der Frequenz gefragt. Somit lassen sich zumindest deskriptive Ergebnisse bzgl. des Nikotin- und Drogenkonsums darstellen.

4.4.1.6 Die Beschwerde-Liste (B-L)

Mit Hilfe der Beschwerde-Liste (B-L) können subjektive Beeinträchtigungen quantitativ von den Probanden über einen Selbsteinschätzungsbogen beurteilt werden. Dabei handelt es sich vorwiegend um körperliche sowie Allgemeinbeschwerden. Neben der Diagnose einzelner Beschwerden können über die Bildung eines Summenscores Aussagen über Komplexe von Beschwerden getroffen werden (v. Zerssen, 1976). Die B-L liegt in zwei Parallelförmigen (B-L und B-L-Strich) vor sowie einem Ergänzungsbogen. In der vorliegenden Arbeit wurde die Version „B-L-Strich“ benutzt.

Sie besteht aus 24 Items, wobei der Proband die Stärke seiner Zustimmung zu den einzelnen Aussagen zwischen „stark“, „mäßig“, „kaum“ und „gar nicht“ ausdrücken soll. Inhaltlich drehen sich die Items um Allgemeinbeschwerden wie Müdigkeit und Schwächegefühl und Beschwerden, die im Körper spezifischer zu lokalisieren sind, wie Glieder- oder Kopfschmerzen; des Weiteren psychische Beschwerden, wie Angstgefühle oder trübe Gedanken.

Die Instruktion lautet: *Bitte füllen Sie diese Beschwerdeliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ihrer Ablehnung! Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!* (zit. nach v. Zerssen, 1976). Die Auswertung der B-L ist relativ einfach möglich. Es wird ein Punktscore gebildet, wobei „stark“ drei Punkte zugewiesen werden, „mäßig“ zwei Punkte,

„kaum“ ein Punkt und „gar nicht“ null Punkte. Aus dem Summenscore können folgend Stanine-Werte gebildet werden.

Die Interpretation erfolgt auf Skalenebene, wobei entweder Einzelprotokolle oder auch der Vergleich mehrerer Protokolle erfolgen kann. Dabei können sowohl Aussagen über die individuelle subjektive Beeinträchtigung getroffen werden, als auch im Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung oder klinischen Untergruppen. Eine völlige Abwesenheit jeglicher Beschwerden ist nicht die Regel, so dass erst ab einem bestimmten Score von einer klinischen Störung ausgegangen werden sollte. Der Übergang ist allerdings fließend. Ab einem Stanine-Wert von 7 kann von einem „fraglich abnormen“ Wert gesprochen werden (v. Zerssen, 1976).

4.4.1.7 Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)

Die Hospital Anxiety and Depression Scale in der deutschen Version (HADS-D) (Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2005) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen für die Erfassung von Depressivität und Angst. Sie ist konzipiert als Screeningverfahren in der somatischen Medizin zur Identifikation psychisch Erkrankter in der Praxis, deren primär wahrgenommene Beschwerden somatischer Natur sind. Mit Hilfe der HADS-D sollen Patienten erkannt werden, die auf mindestens einer der Subskalen die relevanten Summenwerte überschreiten. Im Anschluss sollen die identifizierten Personen einer weitergehenden, differenzierteren Diagnostik zugeführt werden. Dabei soll ein Cut-Off-Wert ermittelt werden, wobei folgende Kategorien von Herrmann-Lingen et al. (2005) vorgegeben werden: 0 bis 7 Punkte: *unauffällig*; 8 bis 10 Punkte: *grenzwertig*; ≥ 11 Punkte: *auffällig*. Nach Bedarf kann eine weitere Einteilung der letzten Kategorie in *schwer* (Wertebereich 11 bis 14) und *sehr schwer* (Wertebereich 15 bis 21) vorgenommen werden. Dabei weisen die Autoren expliziert darauf hin, dass diese Werte nur eine Orientierung darstellen und keinesfalls als definitives Kriterium anzusehen sind. Hier wird auf die praxisbezogene Anwendung der HADS-D verwiesen, da das Ziel sei, möglichst wenige Betroffene zu übersehen, auch auf Kosten einiger „falsch-positiver“ Ergebnisse. Die HADS-D besteht aus 14 Items, sieben pro Subskala in wechselnder Reihenfolge, in einer Abstufung von 0 bis drei in ebenfalls wechselnder Schlüsselrichtung. Die Fragen beziehen sich jeweils auf die letzte Woche. Die Rohwerte werden durch Addition der Punktwerte gebildet. Die abgefragten

Symptome der Angstskaala entsprechen zum Teil den Leitlinien der für Generalisierte Angststörungen im DSM-III-R (Saß et al., 2003). Hier werden allgemeine Befürchtungen, Sorgen, Nervosität und motorische Anspannung abgefragt. Weiterhin gibt es ein Item zu Paniksymptomen. Bezogen auf die depressive Symptomatik werden der Verlust von Lebensfreude, Antrieb, Motivation, Freude und Interessen, die als zentrale Leitsymptome gelten, abgefragt. Die Bearbeitung ist mit circa fünf Minuten wenig zeitintensiv.

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) wird bei der Angstskaala mit .80, für die Depressionsskala mit .81 angegeben. Damit kann, in Anbetracht der wenigen Items pro Skala, die Reliabilität als befriedigend angesehen werden. Bezogen auf die Validität kann nach den Ergebnissen der Faktorenanalyse die Validität als bestätigt angesehen werden.

4.4.1.8 Studienzufriedenheit

Die sechs Items hinsichtlich derzeitiger Belastungen dienen zur Einschätzung von Schwierigkeiten und Problemen, welche spezifisch für den studentischen Alltag sind/sein können. Dabei sind die Items von der Autorin erdacht und keinem standardisierten Instrument entnommen. Ziel ist hier die Erhebung stichpunktartiger Aussagen über die familiäre und finanzielle Situation, die eventuelle Auslöser für individuelle Belastungen darstellen könnten oder diese aufrechterhalten.

4.4.2 Thematischer Aufbau des Fragebogens

Zur Verdeutlichung des Vorgehens und der Themengebiete der Untersuchung, wird der thematische Aufbau der verwendeten Fragebögen im Folgenden graphisch dargestellt (Abbildung 4). Dabei ist der Aufbau zur besseren Verständlichkeit in thematische Blöcke unterteilt.

| |
|--|
| Instruktion: <ul style="list-style-type: none">• Ansprache der Teilnehmer• Zielsetzung der Studie• Kontaktdaten der Autoren |
| Demographische Daten: <ul style="list-style-type: none">• Alter• Geschlecht• Familienstand, Partnerschaft, Kinder• Wohnsituation• Hochschule, Studienfach, Studienaufnahme, nächster Abschluss• Studienwechsel, studentische Verbindung |
| Alkoholkonsum und konsumbezogenes Verhalten: <ul style="list-style-type: none">• CAGE• AUDIT (in Auszügen)• Verletzungen unter Alkoholeinfluss• Veränderung des Trinkverhalten seit Aufnahme des Studiums• Frequenz-Menge-Index• Binge-Drinking |
| Tabak- und Drogenkonsum: <ul style="list-style-type: none">• Konsumverhalten |
| Psychische und physische Gesundheit: <ul style="list-style-type: none">• HADS-D• Beschwerde-Liste |
| Kontext Studium: <ul style="list-style-type: none">• Empfundene Studienbedingungen• Finanzielle Situation und Studienfinanzierung• Nebenjobs |
| Freizeit: <ul style="list-style-type: none">• Freizeitgestaltung |

Abbildung 4: Thematischer Aufbau des Online-Fragebogens

4.4.3 Verwendetes Instrument des klinischen Interviews

Wie im Abschnitt 4.2 beschrieben, wurden im Anschluss an den Online-Fragebogen die Teilnehmer per Mail angeschrieben, die sich zu einem anschließenden klinischen Interview bereit erklärt hatten. Verwendung fand hier das Mini-DIPS nach Margraf (1994), was im Folgenden ebenfalls kurz erläutert werden soll.

DIAGNOSTISCHES KURZINTERVIEW BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

- MINI-DIPS

Das Mini-DIPS – Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen (Margraf, 1994) dient der möglichst schnellen und effektiven Erfassung der wichtigsten psychischen Störungen der Klinischen Psychologie nach den Kriterien des *Diagnostischen und Statistischen Manuals* (DSM-IV, Saß et al., 2003) sowie der *Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen* (ICD-10, Dilling et al., 2004). Es handelt sich um eine Kurzfassung des Diagnostischen Interviews bei Psychischen Störungen (DIPS) von Margraf et al. (1991). Dabei kann innerhalb von circa 30 Minuten eine Verdachtsdiagnose gestellt werden. Nicht enthalten sind dabei selten auftretende oder „unbedeutende“ Störungen der psychotherapeutischen Arbeit. Im Bereich der psychotischen Störungen handelt es sich ebenfalls nur um ein Ausschluss-Screening. Da nicht alle Diagnose-Kriterien explizit ausformuliert sind, setzt die Anwendung klinische Erfahrung voraus, da das Urteil des Anwenders mit einfließt. Durch ein „Vor-Screening“ werden die Bereiche herausgefiltert, die für das folgende Interview relevant sind. Dadurch werden unnötige Fragen vermieden, was zur zeitlichen Effektivität deutlich beiträgt. Auch werden keine Informationen zu therapierelevanten Bereichen, wie Schwere der Symptomatik, Stärke der Belastung etc., erfragt. Störungsübergreifende Bereiche, die wichtig im Bereich der Differentialdiagnostik sind, werden meist in Form von Checklisten vorangestellt. Ergänzend finden sich Hinweise zur Durchführung und Bewertung einzelner Kriterien für den Interviewer, die eine gute Diagnostik unterstützen. Die Diagnose wird erst am Ende des gesamten Interviews gestellt. Erfasst werden die Bereiche affektive Störungen, Essstörungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit, somatoforme Störungen, Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung und Psychosen.

Die Durchführung ist wie folgt: Der Interviewer stellt die vorgegebenen Fragen der Checklisten, im Anschluss begibt er sich zu den Bereichen, in denen die Checkliste positive Beantwortungen erbrachte. Innerhalb dieser Störungsbereiche werden alle weiteren diagnostischen Fragen ergänzt. Dabei kann der Interviewer sich Stichworte aus den Angaben der Befragten notieren sowie die Antworten kodieren.

Betrachtet man die Gütekriterien, so zeigt die Interrater-Reliabilität, bis auf den Bereich der somatoformen Störungen, einen Kappa-Koeffizienten von mindestens .80, was als gut anzusehen ist. Auch die Betrachtung der einzelnen Störungen ergaben befriedigende bis gute Übereinstimmungen (Margraf, 1994).

4.5 Auswertung

Die statistische Auswertung der Ergebnisse erfolgte mit Hilfe der Statistikpakete SPSS für Windows, Version 17.0 sowie PASW Statistic 18.0. Effektstärken der durchgeführten t- und Chi-Quadrat-Tests wurden mittels eines Online-Statistikprogramms der Universität des Saarlandes (Jacobs, 2005) berechnet. Um einen Überblick über die Konsumgewohnheiten der Studierenden zu erlangen, erfolgte zunächst eine deskriptive Auswertung allgemeiner Phänomene. Zur Untersuchung möglicher Gruppenunterschiede bei ordinal skalierten Daten dienten Kontingenztafeln, bei denen zur statistischen Aufklärung signifikanter Unterschiede Chi-Quadrat-Tests durchgeführt wurden. Zur weiteren Analyse der Power wurden die jeweiligen Effektstärken berechnet und gemäß der Konventionen zur Beurteilung nach Cohen (1988) wie folgt interpretiert:

- kleiner Effekt: $d (ES) \approx .2$
- mittlerer Effekt: $d (ES) \approx .5$
- großer Effekt: $d (ES) \approx .8$

Zur Aufdeckung möglicher Zusammenhänge zwischen metrisch skalierten Variablen dienten Korrelationsuntersuchungen mit Koeffizienten nach Pearson und der daraus abgeschätzten Effektstärke.

Lagen gemischt skalierte Daten vor, bei denen die unabhängige Variable aus nominal- oder ordinalskalierten und die abhängige Variable aus intervallskalierten Daten

bestand, wurden bei einem Vergleich von zwei Gruppen t-Tests für unabhängige Stichproben und deren Effektstärken berechnet.

Zur Analyse der Unterschiede von Mittelwerten bei mehr als zwei zu untersuchenden Gruppen eines Faktors wurden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt. Hier wurde als Maß zur Abschätzung der Effektstärke Eta-Quadrat (η^2) berechnet und nach Cohen wie folgt beurteilt:

- kleiner Effekt: $\eta^2 \approx .01$
- mittlerer Effekt: $\eta^2 \approx .06$
- großer Effekt: $\eta^2 \approx .14$

Zur genaueren Analyse bei signifikanten Ergebnissen wurden darüber hinaus Scheffé-Prozeduren durchgeführt, um die Unterschiede zwischen den zu vergleichenden Gruppen darzustellen (vgl. Sedlmeier & Renkewitz, 2008; Rudolf & Müller, 2004; Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2006).

5. ERGEBNISSE

Im Folgenden werden zunächst allgemeine Ergebnisse bezüglich des Auftretens von Depressivität, Ängstlichkeit, körperlicher Symptome und Studienzufriedenheit berichtet, bevor spezifische Fragestellungen bzw. Hypothesen genauer dargestellt werden.

5.1 Prävalenzen psychischer Störungen bei Studierenden

DEPRESSIVITÄT

In der vorliegenden Studie wurde die Stärke einer eventuell vorliegenden *depressiven Symptomatik* mit der Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) (Herrmann-Lingen et al., 2005) (vgl. Abschnitt 4.4.1.7) erhoben.

Folgende Kategorien bezüglich des Ausprägungsgrads einer depressiven Symptomatik wurden nach Herrmann-Lingen et al. (2005) verwandt: 0 bis 7 Punkte: unauffällig; 8 bis 10 Punkte: grenzwertig; ≥ 11 Punkte: auffällig.

Demnach waren in der Untersuchung der 2.266 Studierenden, die die Fragen zu Depressivität beantwortet hatten, 1.883 *unauffällig*, das entspricht 83,1% der Befragten. 229 Teilnehmer (10,1%) bewegten sich im *grenzwertigen* Bereich, *auffällig* zeigten sich 154 Personen (6,8%) (vgl. Abbildung 5). Der Mittelwert lag mit 4,2 Punkten (*SD* 3,58, Median 3) im unauffälligen Bereich.

VERGLEICH MIT DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

Nach Berger und van Calker (2008) sowie Wittchen und Jacobi (2006) ergaben epidemiologische Studien in Europa eine Punktprävalenz zwischen 3 und 7% für eine Major Depression/depressive Episode. Nach Ayuso-Mateos et al. (2001) betrug die Punktprävalenz im Jahr 2001 in Europa 8% für Frauen und 5% für Männer. Somit unterschied sich die studentische Stichprobe nicht wesentlich von der Gesamtbevölkerung, wenn man davon ausgeht, dass ein hoher Summenscore in der Subskala Depressivität der HADS-D einen Indikator für eine klinische Depression darstellt.

Nach Wittchen und Jacobi (2006) leiden, bei Zugrundelegung einer 12-Monats-Prävalenz, in der Altersgruppe der 18 bis 29-Jährigen in Deutschland 9,5% unter einer nicht näher spezifizierten Form einer depressiven Störung. Bei spezifischerer Betrachtung in Bezug auf das Vorliegen einer Major Depression (bei der Studie wurden die Diagnosen auf Grundlage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen- DSM-IV erhoben) waren in der Altersgruppe 8,0% erkrankt. Damit zeigt sich bei Betrachtung der altersentsprechenden Vergleichsgruppe eine eher etwas geringere Belastung der studentischen Stichprobe.

Da es sich jedoch bei der HADS-D um ein Screening-Instrument handelt, wäre weitere Diagnostik nötig, um eine abschließende Aussage über die Prävalenz einer Depression im klinisch-relevanten Sinn treffen zu können.

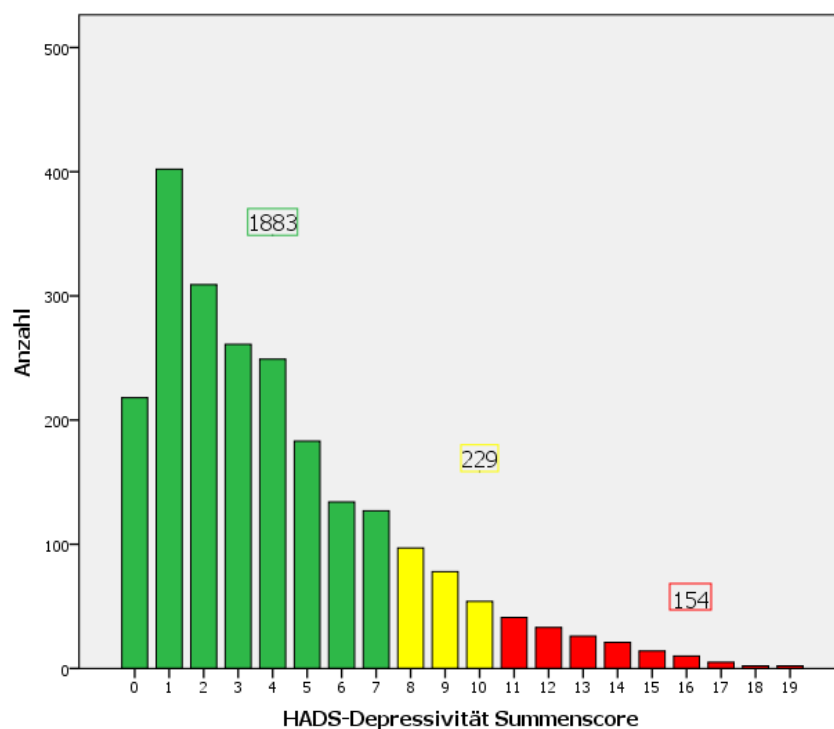


Abbildung 5: Verteilung des HADS-Depressivität Summenscores der Gesamtstichprobe

VERGLEICH MIT DER STUDIE VON HAMMERSCHMIDT UND HEINE (2008)

In der vorhergehenden Studie im Jahr 2006/2007 von Hammerschmidt und Heine (2008) zeigte sich in der Befragung mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) von Beck, Ward, Mendelson, Mock und Erbaugh (1961; aktuelle deutschen Version von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994), dass 89,0% der Befragten (n= 153) als (re-

lativ) *symptomfrei* einzustufen waren, *milde bis mäßige* Symptomatik wiesen 5,8% (n= 10) auf, 5,2% der Studierenden (n= 9) hatten mit Werten ≥ 18 eine *klinisch-relevante* Depression.

Aufgrund der Verwendung verschiedener Diagnoseinstrumente ist eine statistische Auswertung, im Sinne eines Vergleichs der vorliegenden Daten mit denen aus 2006/2007, schwierig. Zum anderen unterschieden sich die Stichprobengrößen erheblich, so dass die Vergleichbarkeit als sehr eingeschränkt angesehen werden muss.

Vergleicht man dennoch die ermittelten Prävalenzen bezogen auf *Depressivität*, zeigt sich, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Befragungszeitpunkten gibt ($\chi^2[2] = 4,137$; $p = .126$, $d = .08$). Deskriptiv kann eine höhere psychische Belastung bei den Teilnehmern der aktuellen Online-Studie aufgezeigt werden (Tabelle 12).

Tabelle 12: Vergleich HADS-Depressivität Cluster der Braunschweiger Online-Studie (2011) sowie der Studie 2006/2007 (Hammerschmidt und Heine, 2008) auf Grundlage des BDI

| | | Depressivität Cluster | | | |
|--|---------|-----------------------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | grenzwertig | auffällig | Gesamt |
| Braunschweiger Online-Studie (2011) | Anzahl | 1.883 | 229 | 154 | 2.266 |
| | Prozent | 83,1% | 10,1% | 6,8% | 100% |
| Studie von Hammerschmidt & Heine (2008) | Anzahl | 152 | 10 | 9 | 171 |
| | Prozent | 88,9% | 5,8% | 5,3% | 100% |

In den Kategorien *grenzwertig* sowie *auffällig* sind jeweils mehr Personen vertreten. Dabei sollten die Ergebnisse aufgrund der bereits dargelegten Einschränkungen in der Vergleichbarkeit jedoch kritisch betrachtet werden.

Insgesamt weisen die Daten aus Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung, der altersentsprechenden Stichprobe sowie der Studie in den Jahren 2006/2007 von Hammerschmidt und Heine (2008) trotz der Limitationen eine ähnliche Symptomausprägung auf. Die Ergebnisse zu Diagnosen des klinischen Interviews können im Anhang (vgl. Kapitel 8) eingesehen werden.

ÄNGSTLICHKEIT

In der vorliegenden Studie wurde die Stärke einer eventuell vorliegenden *Angststörung* ebenfalls mit der deutschen Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) im Online-Fragebogen erhoben (vgl. Abschnitt 4.4.1.7).

Folgende Kategorien wurden nach Herrmann-Lingen et al. (2005) verwandt: 0 bis 7 Punkte: unauffällig; 8 bis 10 Punkte: grenzwertig; ≥ 11 Punkte: auffällig.

Detailliert betrachtet waren von den 2273 Studierenden, die die Fragen beantworteten, 1507 *unauffällig*, das entspricht 66,4% der Befragten. Weitere 399 Teilnehmer (17,6%) befanden sich im *grenzwertigen* Bereich. Werte im *auffälligen* Bereich wiesen 364 Personen (16,0%) auf (vgl. Abbildung 6). Der Mittelwert lag mit 6,5 im *unauffälligen* Bereich (SD 4,0; Median 6, Minimum 0, Maximum 21).

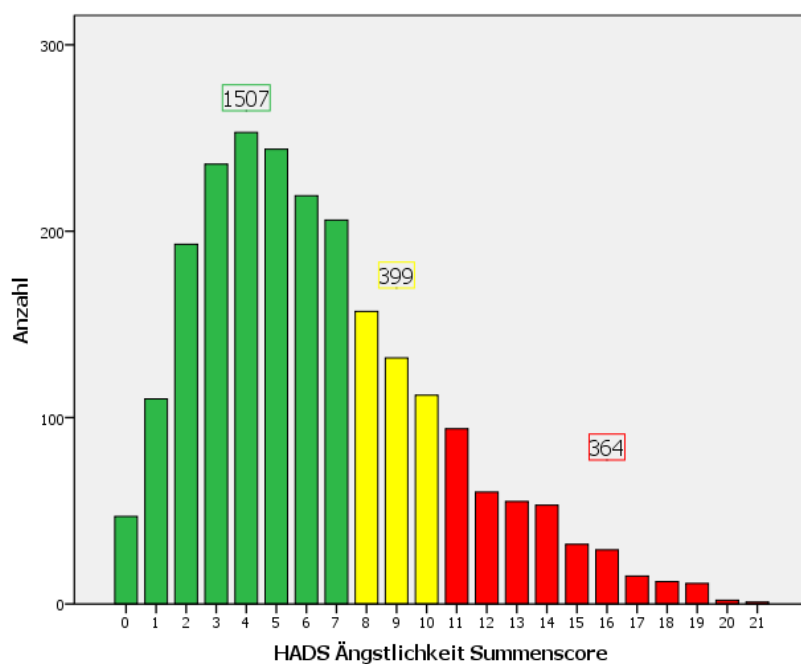


Abbildung 6: Verteilung des HADS-Ängstlichkeit Summenscores der Gesamtstichprobe

VERGLEICH MIT DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

Angststörungen stellen die häufigste psychische Krankheit in der Allgemeinbevölkerung dar (Margraf & Schneider, 2003; Munsch, Schneider & Margraf, 2007; Angenendt, 2008). Die Punktprävalenz beträgt 7% (Angenendt et al., 2008). In der Altersgruppe der 18 bis 65-Jährigen gaben 14,2% an, dass sie in den vergangenen 12 Monaten unter einer Angststörung gelitten hätten. Nach Angaben des Robert Koch-

Instituts (2004) ließen sich keine großen Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen finden, was sie als einen indirekten Hinweis auf den häufig chronischen Verlauf von Angststörungen deuteten. Dabei sind Frauen mit 19,8% in einem 12-Monats-Zeitraum etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer (9,0%) (Robert Koch-Institut, 2004). In der studentischen Stichprobe zeigte sich, im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung sowie der altersentsprechenden Vergleichsgruppe, eine deutlich höhere Zahl an Personen, bei denen das Vorliegen einer Angststörung vermutet werden kann. Dabei zielen die Fragen der HADS-D eher auf eine Punktprävalenz. Für eine abschließende Beurteilung und die Möglichkeit eines soliden Vergleichs müssen weitere Diagnoseinstrumente Verwendung finden, da es sich bei der HADS-D lediglich um ein Screening-Instrument handelt.

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

Bei *subjektiven Beeinträchtigungen* handelt es sich um vorwiegend körperliche Allgemeinbeschwerden. Diese wurden mit der Beschwerde-Liste (B-L) (vgl. Abschnitt 4.4.1.6) erhoben. Nach von Zerssen (1976) ist bei Frauen ein Wert ≥ 24 bis 29 und bei Männern ein Wert ≥ 19 bis 24 als klinisch relevant zu deuten. In der vorliegenden Arbeit hat die Autorin für die Berechnungen den jeweils unteren Wert gewählt.

Insgesamt beantworteten 2.110 Personen die B-L mit einem Mittelwert von 16,1 Punkten (SD 11,21; Median 14). Nach geschlechtsindividueller Auswertung waren 72,1% ($n= 1.524$) der Befragten als klinisch *unauffällig*, 27,8% ($n= 586$) als klinisch *auffällig* einzustufen (vgl. Abbildung 7).

Da es sich hier um die Darlegung der Ergebnisse in Bezug auf das verwendete Instrument der B-L (v. Zerssen, 1976) handelt, erscheint ein Vergleich zu Daten aus der Allgemeinbevölkerung bezüglich Störungen aus dem Bereich der somatoformen Störungen an dieser Stelle nicht sinnvoll. Anhand der B-L können körperliche Beschwerden ermittelt werden, welche jedoch nicht diagnostisch einer Störung aus dem somatoformen Kreis zugeordnet werden können.

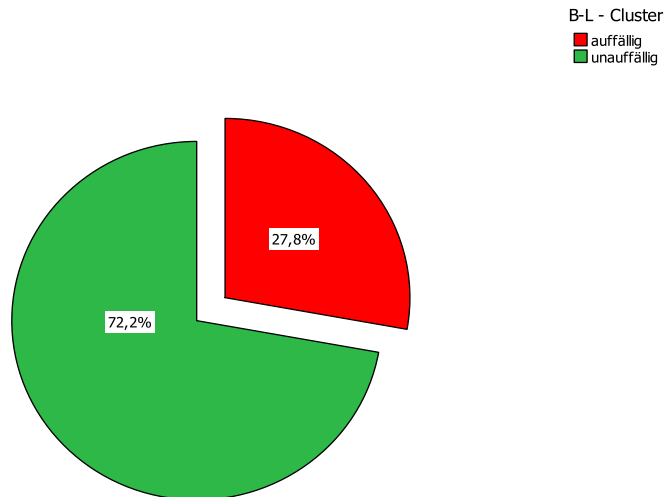


Abbildung 7: Verteilung der B-L Cluster der Gesamtstichprobe (in Prozent)

VERGLEICH MIT DER STUDIE VON HAMMERSCHMIDT UND HEINE (2008)

Vergleicht man die Ergebnisse mit den in 2006/2007 ermittelten Zahlen der Studie von Hammerschmidt und Heine (2008), zeigt sich in der vorliegenden Online-Untersuchung eine größere Belastung durch körperliche Beschwerden. Dieses Ergebnis konnte anhand eines Chi-Quadrat-Tests höchstsignifikant nachgewiesen werden ($\chi^2[1] = 11,315$; $p \leq .001$, $d = .14$) (vgl. Tabelle 13). Aufgrund der geringen Effektstärke können die Ergebnisse jedoch nur schwer interpretiert werden. Die Studierenden der aktuellen Untersuchung sind fast doppelt so häufig durch körperliche Beschwerden belastet wie die Befragten der ersten Untersuchung.

Tabelle 13: Vergleich B-L Cluster der Braunschweiger Online-Studie (2011) sowie der Studie des Jahres 2006/2007 von Hammerschmidt und Heine (2008)

| | | B-L Cluster | | Gesamt |
|--|---------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | auffällig | |
| Online-Studie (2011) | Anzahl | 1.524 | 586 | 2.110 |
| | Prozent | 72,2% | 27,8% | 100% |
| Studie von Hammerschmidt & Heine (2008) | Anzahl | 143 | 27 | 170 |
| | Prozent | 84,1% | 15,9% | 100% |

Die Vergleichbarkeit der Daten ist dahingehend eingeschränkt, dass die Ergebnisse der Studie aus den Jahren 2006/2007 (Hammerschmidt & Heine, 2008) auf Grundlage einer kleinen Stichprobe von 316 Studierenden ermittelt wurden. Dies zieht eine geringe Zellenbesetzung nach sich und somit eine eingeschränkte Interpretierbarkeit der Daten. Positiv ist dagegen, dass dasselbe Erhebungsinstrument, die Beschwerde-Liste, Verwendung fand. Wobei in der vorangegangenen Studie die Paper-Pencil-Version verwendet wurde, aktuell jedoch eine Online-Version.

5.2 Demographische Daten und psychische Befindlichkeit

Hypothese 1: *Studentinnen sind stärker von Depressivität betroffen und leiden häufiger an einer depressiven Störung als männliche Studierende.*

Bezogen auf die HADS-Cluster befanden sich 6,6% der Frauen und 6,9% der Männer im *auffälligen* Bereich, so dass man hier die Ausprägung einer klinischen Depression vermuten kann. Da es sich bei der HADS-D jedoch nur um ein Screening-Instrument handelt, ist weitere Diagnostik nötig, um abschließende Aussagen treffen zu können. Weitere 9,7% der Frauen und 10,5% der Männer sind im *grenzwertigen* Bereich anzusiedeln (vgl. Tabelle 14). Betrachtet man die Depressivitäts-Cluster, so zeigen sich bezogen auf die Zuweisung allenfalls marginale Unterschiede ($\chi^2[2] = .521$; $p = .771$, $d = .03$). Der durchgeführte T-Test bezüglich des Summenscores der Depressivitätsskala der HADS-D zeigte keine signifikanten Unterschiede in der Geschlechterverteilung ($t_{(2261)} = .900$; $p = .368$; $d = .04$). Der Summenscore lag bei den Männern ($n = 1.251$) im Mittel bei 4,2 ($SD\ 3,57$), bei den Frauen ($n = 1.012$) bei 4,08 mit einer Standardabweichung von 3,58.

Tabelle 14: HADS-Depressivität Cluster, getrennt nach Geschlecht

| | | HADS-Depressivität Cluster | | | |
|---|------------------------|----------------------------|--------------|-----------|--------|
| Geschlecht | | un-auffällig | grenz-wertig | auffällig | Gesamt |
| Depres-sivität (getrennt nach Geschlecht) | männlich | 1.034 | 130 | 87 | 1.251 |
| | % von Ge-schlecht | 82,6% | 10,5% | 6,9% | 100% |
| | weiblich | 848 | 98 | 66 | 1.012 |
| | % von Ge-schlecht | 83,7% | 9,7% | 6,6% | 100% |
| | Prozent ge-samt | 83,2% | 10,1% | 6,8% | 100% |
| | Gesamt | 1.882 | 228 | 153 | 2.263 |

In Abbildung 8 kann die Zugehörigkeit zu HADS-Depressivität Clustern, getrennt nach Männern und Frauen, noch einmal nachvollzogen werden.

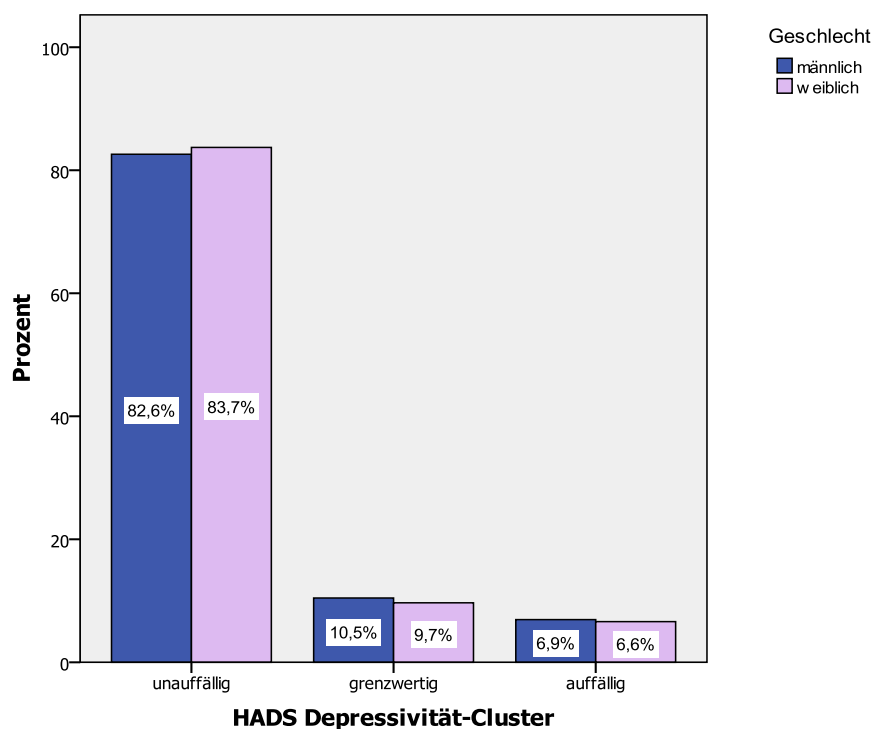


Abbildung 8: Zugehörigkeit zum HADS-Depressivität Cluster, getrennt nach Geschlecht

VERGLEICH MIT DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

Alle vorliegenden Studien zeigen, dass Frauen fast doppelt so häufig wie Männer an unipolaren depressiven Erkrankungen leiden (vgl.: Bundes-Gesundheitssurvey

1998, 2006; Robert Koch-Institut, 2006; Wittchen & Jacobi, 2006). Die Werte liegen hier zwischen 7,8% bei Frauen und 4,8% bei Männern zwischen 18 und 65 Jahren (jeweils bezogen auf die vorangegangenen vier Wochen) (Bundes-Gesundheitssurvey 1998 des Robert Koch-Instituts, 2006). Bezüglich der 12-Monats-Prävalenz zeigten 15% der Frauen und 8,1% der Männer depressive Phasen. Weltweit sind nach Angaben der („Global Burden of Disease Study 2000“ des Robert Koch-Instituts, 2006) 1,9% der Männer und weitere 3,2% der Frauen betroffen. Wenn man annimmt, dass die Befragten der studentischen Stichprobe, die dem Cluster *auffällig* zugeordnet sind, unter einer klinisch-relevanten Depression leiden, unterscheidet die Prävalenz sich nicht von der der Allgemeinbevölkerung.

Wie oben bereits dargestellt sind, bezogen auf eine 12-Monats-Prävalenz, in der Altersgruppe der 18 bis 29-Jährigen 9,5% von einer nicht näher spezifizierten Form einer depressiven Störung betroffen (Wittchen & Jacobi, 2006). Bei einer spezifischeren Betrachtung, getrennt nach Geschlecht, sind 11,5% der Frauen und 7,5% der Männer erkrankt. Bezüglich des Vorliegens einer Major Depression (bei der Studie wurden die Diagnosen auf Grundlage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen erhoben) waren in der altersentsprechenden Vergleichsgruppe 8,0% erkrankt, getrennt nach Geschlecht: Frauen: 9,5% und Männer 6,6%. Somit zeigt sich beim Vergleich, dass insbesondere die Frauen der studentischen Stichprobe geringer von Depressivität betroffen sind, als die zum Vergleich herangezogene altersentsprechende Gruppe von Befragten. Bei den Männern zeigen sich dagegen nur geringe Unterschiede.

Zusammenfassend geht aus den vorliegenden Daten hervor, dass entgegen der vorliegenden Studien (s.o.) in der studentischen Stichprobe nicht von einer erhöhten Häufigkeit der Depressivität bei Frauen ausgegangen werden kann. Somit kann die Hypothese einer höheren depressiven Belastung von Frauen nicht bestätigt werden.

Hypothese 2: *Studentinnen sind häufiger von Ängstlichkeit betroffen als ihre männlichen Kommilitonen*

In der vorliegenden Studie wurde die Stärke einer eventuell vorliegenden *angstbezogenen Symptomatik* mit der Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) (vgl. Abschnitt 4.4.1.7) erhoben. Dabei hatten die HADS-D alle Studierenden beantwortet, die an der Online-Befragung teilgenommen haben.

Folgende Kategorien wurden nach Herrmann-Lingen et al. (2005) verwandt: 0 bis 7 Punkte *unauffällig*; 8 bis 10 Punkte: *grenzwertig*; ≥ 11 Punkte: *auffällig*. Demnach waren 66,4% Studierende *unauffällig*, das entspricht 1.507 Personen. Bei Betrachtung des Geschlechts, zeigte sich, dass 892 Befragte männlich und 615 weiblich waren. 399 Teilnehmer (17,6%) (männlich: 214; weiblich: 185) bewegten sich im *grenzwertigen* Bereich. In Bezug auf eine angstbezogene Symptomatik zeigten sich 364 Personen *auffällig* (16,0%). Im *auffälligen* Bereich war die Geschlechterverteilung 146 Männer und 218 Frauen. Der Mittelwert lag bei den männlichen Studenten bei 5,9 Punkten (*SD* 3,79) und demnach im unauffälligen Bereich. Bei den weiblichen Studenten lag der Mittelwert bei 7,1 Punkten (*SD* 4,16) und damit knapp im *grenzwertigen* Bereich.

Tabelle 15: HADS-Ängstlichkeit Cluster, getrennt nach Geschlecht

| | | HADS-Ängstlichkeit Cluster | | | |
|--|-----------------------|----------------------------|-------------|-----------|--------|
| Geschlecht | | un-auffällig | grenzwertig | auffällig | Gesamt |
| Ängstlichkeit (getrennt nach Geschlecht) | männlich | 892 | 214 | 146 | 1.252 |
| | % von Geschlecht | 71,1% | 17,1% | 11,7% | 100% |
| | weiblich | 615 | 185 | 218 | 1.081 |
| | % von Geschlecht | 60,4% | 18,2% | 21,4% | 100% |
| | Prozent gesamt | 66,4% | 17,6% | 16,0% | 100% |
| | Gesamt | 1.507 | 399 | 364 | 2.270 |

Wie in Tabelle 15 ersichtlich, zeigen sich die Unterschiede insbesondere im *unauffälligen* bzw. *auffälligen* Bereich. Der T-Test zeigt einen höchstsignifikanten Unterschied

zwischen den Geschlechtern ($t_{(2268)} = -7.196$; $p \leq .000$; $d = -.30$). Bei Betrachtung der Effektstärke zeigt sich hier jedoch nur ein kleiner Effekt, was die Aussagekraft des Ergebnisses einschränkt. Frauen ($n = 1.018$) wiesen einen mittleren Summenscore von 7,1 ($SD\ 4,16$) auf, während die männlichen Befragten ($n = 1.252$) mit einem Mittelwert von 5,9 ($SD\ 3,79$) eine sichtlich geringere Ausprägung zeigten. Der Unterschied wird ebenfalls deutlich, wenn man die Aufteilung von Männern und Frauen bezogen auf die Cluster betrachtet. Frauen sind hier erheblich häufiger von *auffälliger* Ängstlichkeit betroffen. Dies konnte auch ein durchgeführter Chi-Quadrat-Test höchstsignifikant bestätigen ($\chi^2[2] = 43.606$; $p \leq .000$, $d = .28$) (vgl. Abbildung 9). Jedoch zeigt sich auch hier nur eine kleine Effektstärke. Somit kann die Hypothese, dass Frauen häufiger von Ängstlichkeit betroffen sind als Männer, als bestätigt gelten.

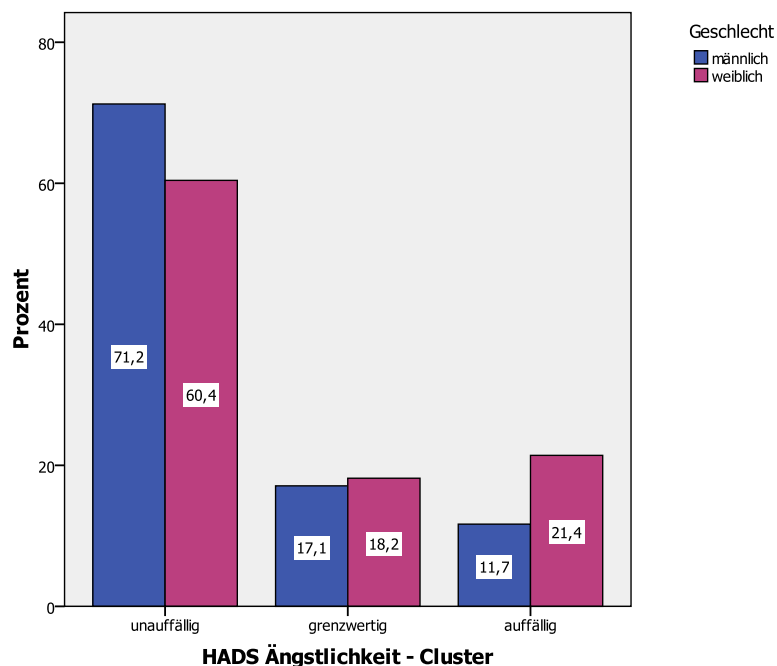


Abbildung 9: Zugehörigkeit zum HADS-Ängstlichkeits-Cluster, getrennt nach Geschlecht

VERGLEICH MIT DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

Unter den studentischen Befragten zeigt sich somit ein anderes Bild als es in der Allgemeinbevölkerung sowie der entsprechenden Altersgruppe erhoben wurde. Die Fragen der HADS-D zielen eher auf eine Punktprävalenz, weshalb diese als Vergleichswert dient (vgl.: Angenendt et al., 2008). In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich ebenfalls ein fast doppelt so häufiges Vorkommen bei Frauen (vgl.: Robert Koch-Institut, 2006), wobei sich beide Geschlechter im Vergleich auf einem höheren

Niveau befinden. Für detailliertere Vergleichsmöglichkeiten sollten außerdem die Angststörungen diagnostisch getrennt erhoben werden.

Hypothese 3: *Studentinnen sind häufiger von körperlichen Beschwerden betroffen als ihre männlichen Kommilitonen.*

Bereits im Manual der B-L (v. Zerssen, 1976) wird von einer höheren Belastung der Frauen ausgegangen. Dies drückt sich hier in unterschiedlichen Cut-Off-Werten für die Geschlechter aus. Die 1.141 Männer hatten einen Mittelwert von 11,91 Punkten (SD 8,88), die 969 Frauen von 20,94 Punkten (SD 11,72). Die Abtragung der absoluten B-L Werte, getrennt nach Geschlecht, können der Abbildung 10 entnommen werden.

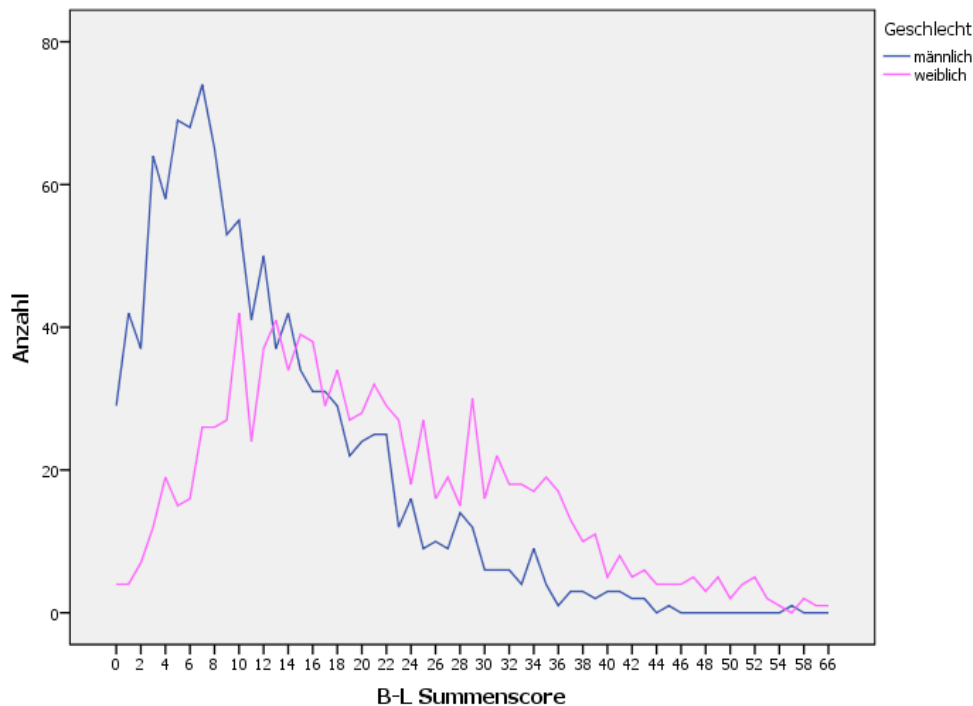


Abbildung 10: Abtragung der absoluten B-L Werte, getrennt nach Geschlecht

Die Geschlechterunterschiede waren gemäß des Testmanuals zu erwarten und zeigten sich höchstsignifikant in einem durchgeführten T-Test ($t_{(2108)} = -20.109$); $p \leq .001$, $d = -.88$). Dieses Ergebnis wird durch eine große Effektstärke unterstrichen. Zur Verdeutlichung sind in Abbildung 10 die absoluten B-L Werte aufgetragen.

Der durchgeführte Chi-Quadrat-Test zeigte bezüglich der Verteilung der Geschlechter auf die Cluster (*auffällig/unauffällig*) der B-L, trotz des bereits deutlich höheren

Cut-Off Wertes bei Frauen, höchstsignifikante Unterschiede, wenngleich mit kleiner Effektstärke ($\chi^2[1] = 66.945$; $p \leq .000$, $d = .36$). Die Ergebnisse zeigen in der Gesamtschau, dass sich die Geschlechter nicht nur in Bezug auf den B-L Gesamtscore, sondern auch die B-L Cluster höchstsignifikant unterscheiden. Frauen neigen damit, den Ergebnissen der vorliegenden Studie zufolge, in einem erheblich höheren Maße zu Somatisierung (vgl. Abbildung 11).

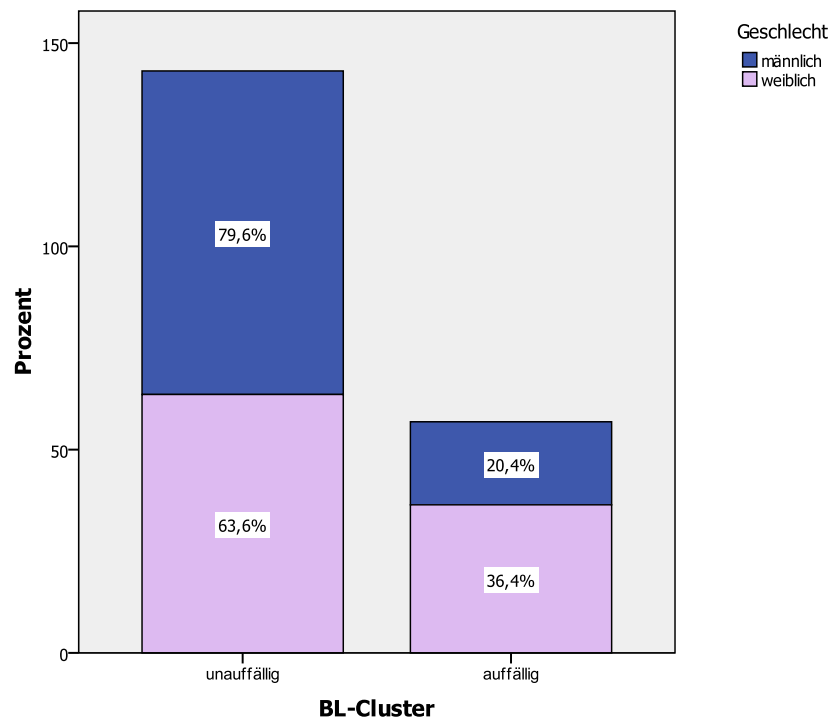


Abbildung 11: Verteilung auf die B-L Cluster, getrennt nach Geschlecht

VERGLEICH MIT DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

In der Allgemeinbevölkerung treten somatoforme Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 13% auf, wobei Frauen in doppeltem Maß belastet sind. Die häufigsten Störungen stellen Schmerzstörungen (hier meist Kopf- und Rückenschmerzen), Somatisierungsstörungen sowie autonome Funktionsstörungen dar (vgl. Spitzer & Freyberger, 2002). Somit unterscheidet sich die Stichprobe der Studierenden deutlich von der der Allgemeinbevölkerung. Auch die um ein Vielfaches erhöhte Belastung der Frauen konnte in der studentischen Stichprobe aufgezeigt werden.

Hypothese 4: *Personen verschiedener Beziehungsstatus unterscheiden sich in ihrer psychischen Gesundheit (bezogen auf Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden).*

Zur Untersuchung des Partnerschaftsstatus wurden die Kategorien *noch nie*, *derzeit nicht*, *wechselnd* und *fest* gewählt. Dabei bezieht sich *noch nie* darauf, dass der Betreffende sich zu keiner Zeit in einer festen Partnerschaft befunden hat. *Wechselnd* beschreibt dagegen einen (schnellen) Wechsel zwischen unterschiedlichen Partnerinnen oder Partnern.

Betrachtet man die psychische Gesundheit getrennt nach den jeweiligen Symptomkomplexen Ängstlichkeit, Depressivität und Somatisierung im Zusammenhang zum angegebenen Beziehungsstatus, zeigt sich folgendes Bild:

Ein durchgeführter Chi-Quadrat-Test in Bezug auf *Depressivität* ergab hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2[6] = 20,192$; $p = .003$, $d = .19$). Einschränkung in der Interpretation des Ergebnisses ist jedoch die geringe Effektstärke. Auffällig ist hier, dass Personen, die *noch nie* in einer festen Partnerschaft gelebt haben, deutlich häufiger als erwartet auffällige depressive Symptome angaben. Im Umkehrschluss sind Personen in *festen* Partnerschaften weniger häufig in der Gruppe der Personen mit auffälligen depressiven Symptomen vertreten.

Tabelle 16 und Abbildung 12 sind detailliertere Beschreibungen der Unterschiede zwischen den Gruppen zu entnehmen.

Tabelle 16: HADS-Depressivität Summenscore, getrennt nach Partnerschaftsstatus

| Partnerschafts-status | HADS-Depressivität Summenscore | | | | |
|-----------------------|--------------------------------|-----|------|---------|---------|
| | n | M | SD | Minimum | Maximum |
| noch nie | 178 | 5,1 | 4,14 | 0 | 17 |
| derzeit nicht | 689 | 4,5 | 3,63 | 0 | 19 |
| wechselnd | 109 | 4,2 | 3,36 | 0 | 18 |
| fest | 1.280 | 3,8 | 3,43 | 0 | 19 |
| Gesamt | 2.256 | 4,2 | 3,57 | 0 | 19 |

Zur Analyse möglicher Unterschiede zwischen den Mittelwerten im Summenscore der HADS-Depressivität Skala wurde eine ANOVA durchgeführt. Diese zeigte

höchstsignifikante Unterschiede in Bezug auf den Partnerschaftsstatus ($F[3, 2252] = 10,790$; $p \leq .000$; $\eta^2 = .014$). Die höchstsignifikanten Effekte können nach Durchführung der Scheffé-Prozedur insbesondere auf die Gruppen *fest* und *noch nie* sowie *fest* und *derzeit keine* zurückgeführt werden. Dabei ist die Effektgröße jedoch nur klein, was bei der Interpretation Beachtung finden muss. Wie dem Balkendiagramm (vgl. Abbildung 12) zu entnehmen ist, zeigten sich die Personen, die angaben, *noch nie* einen Partner oder eine Partnerin gehabt zu haben, als am höchsten belastet. Die Studierenden, die in einer *festen* Partnerschaft lebten, wiesen dagegen die geringste Ausprägung bezüglich einer depressiven Symptomatik auf.

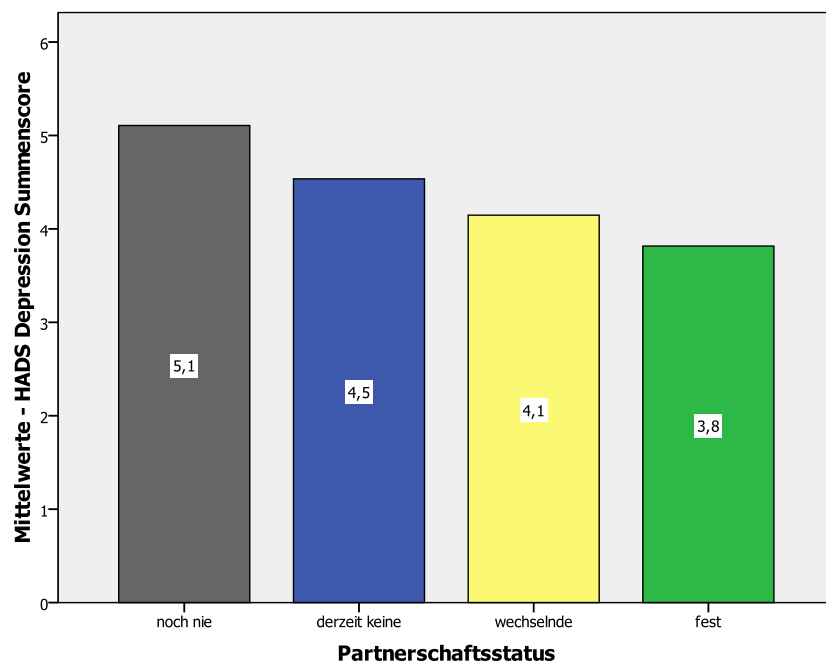


Abbildung 12: Mittelwerte des HADS-Depressivität Summenscores, getrennt nach Partnerschaftsstatus

Anhand der Auswertung der HADS-Items im Bereich *Ängstlichkeit* ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf den Status der Partnerschaft ($\chi^2[6] = 4,116$; $p = .661$, $d = .09$) (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: HADS-Ängstlichkeit Summenscore, getrennt nach Partnerschaftsstatus

| Partnerschafts- status | HADS-Ängstlichkeit Summenscore | | | | |
|---------------------------|--------------------------------|-----|------|---------|---------|
| | n | M | SD | Minimum | Maximum |
| noch nie | 181 | 6,8 | 4,0 | 0 | 19 |
| derzeit nicht | 690 | 6,6 | 4,01 | 0 | 19 |
| wechselnd | 107 | 6,8 | 4,01 | 0 | 17 |
| fest | 1.284 | 6,3 | 3,96 | 0 | 21 |
| Gesamt | 2.262 | 6,4 | 4,0 | 0 | 21 |

Zur Analyse möglicher Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Summenscores der HADS-Ängstlichkeits-Skala wurde eine ANOVA durchgeführt. Diese zeigte keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den Partnerschaftsstatus ($F[3, 2258] = 1,541$; $p = .202$; $\eta^2 = .002$), was graphisch Abbildung 13 zu entnehmen ist.

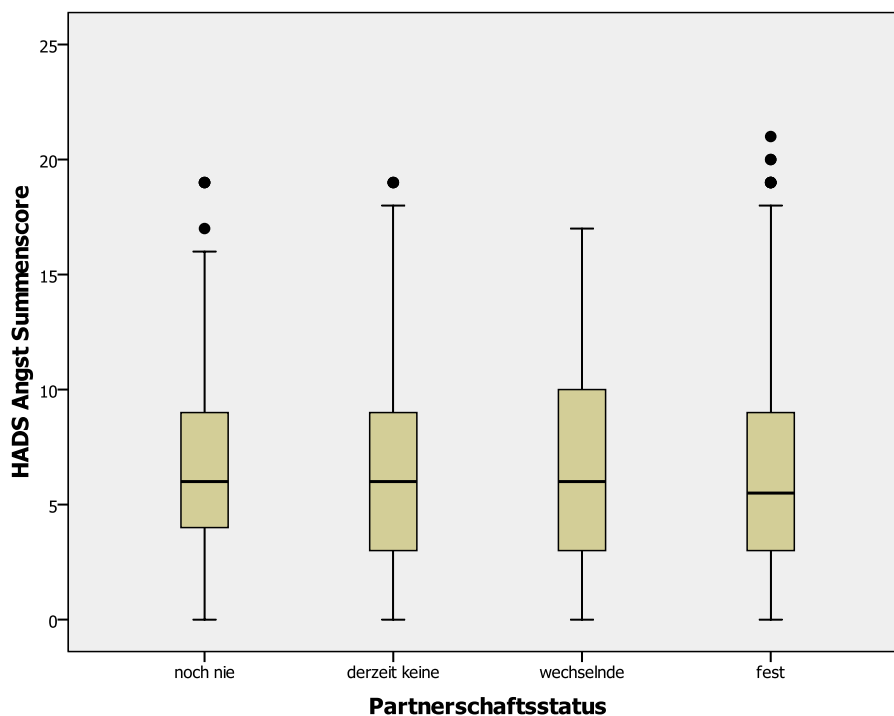


Abbildung 13: HADS-Ängstlichkeit Summenscore, getrennt nach Partnerschaftsstatus

Bei detaillierter Aufschlüsselung des Partnerschaftsstatus in Bezug auf *körperliche Beschwerden* zeigen sich die erwarteten und beobachteten Häufigkeiten nahezu deckungsgleich (vgl. Tabelle 18), so dass von keinen systematischen Unterschieden auszugehen ist ($\chi^2[3] = .060$; $p = .996$, $d = .01$).

Tabelle 18: Somatische Belastung, getrennt nach Partnerschaftsstatus

| Partnerschafts- status | B-L Summenscore | | | | |
|---------------------------|-----------------|------|-------|---------|---------|
| | n | M | SD | Minimum | Maximum |
| noch nie | 161 | 15,5 | 10,08 | 0 | 52 |
| derzeit nicht | 639 | 15,4 | 10,72 | 0 | 66 |
| wechselnd | 99 | 16,3 | 11,74 | 0 | 52 |
| fest | 1.204 | 16,5 | 11,55 | 0 | 60 |
| Gesamt | 2.103 | 16,1 | 11,21 | 0 | 66 |

Zur Analyse möglicher Unterschiede zwischen den Mittelwerten im Summenscore der Beschwerdeliste (B-L) wurde ebenfalls eine Varianzanalyse durchgeführt. Diese zeigte keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den Partnerschaftsstatus ($F[3, 2099] = 1,412$; $p = .237$; $\eta^2 = .002$), wie auch dem Boxplot (vgl. Abbildung 14) zu entnehmen ist.

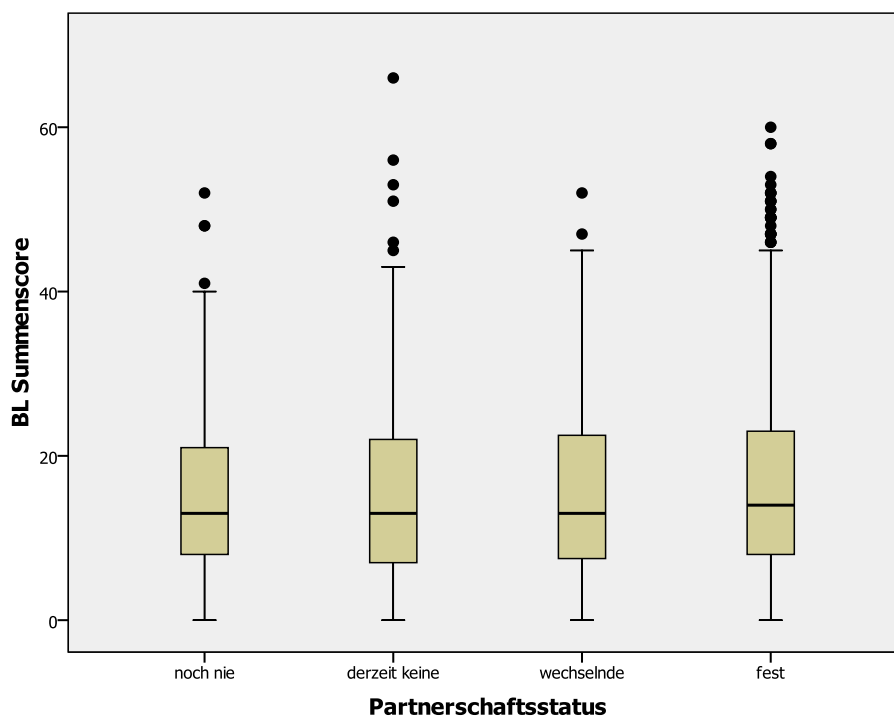


Abbildung 14: B-L Summenscore, getrennt nach Partnerschaftsstatus

Bei Betrachtung der Ergebnisse muss zur Beantwortung der Hypothese zwischen den verschiedenen psychischen Erkrankungen unterschieden werden. Bezogen auf *Ängstlichkeit* und *körperliche Beschwerden* konnte kein Unterschied der Belastung in Bezug auf die Partnerschaft gefunden werden, so dass die Hypothese hier nicht be-

stätigt werden kann. Im Gegensatz dazu konnten jedoch bei *depressiver Symptomatik* Unterschiede aufgezeigt werden, so dass die Hypothese hier bestätigt werden kann. In der Analyse zeigt sich jedoch nur eine geringe Effektstärke. Es kann somit ein Zusammenhang zwischen dem Führen einer Partnerschaft und dem Vorliegen einer depressiven Symptomatik postuliert werden. Es kann jedoch keine Aussage über die Kausalität des Zusammenhangs getroffen werden im Sinne der Frage welche Variable was bedingt.

Hypothese 5: *Personen mit Kindern unterscheiden sich in ihrer psychischen Gesundheit (bezogen auf Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden) von kinderlosen Studierenden.*

Im Folgenden soll der Hypothese nachgegangen werden, ob sich eine Elternschaft auf die psychische Gesundheit auswirkt.

Bei Betrachtung der *Depressivität* konnten keine Unterschiede zwischen den kinderlosen Studierenden und denen mit Nachwuchs aufgedeckt werden. Dies zeigte sich im durchgeführten T-Test ($t_{(2264)} = 1,032$; $p = .302$; $d = .10$). Die Mittelwerte sowie die Standardabweichungen des HADS-Depressivität Summenscore, unterschieden nach Elternschaft, sind in Tabelle 19 abgebildet.

Tabelle 19: HADS-Depressivität Summenscore, getrennt nach Elternschaft

| Kind | HADS-Depressivität Summenscore | | |
|---------------|--------------------------------|-----|------|
| | n | M | SD |
| ja | 111 | 4,5 | 3,49 |
| nein | 2.155 | 4,2 | 3,58 |
| Gesamt | 2.266 | 4,2 | 3,58 |

Bei Analyse der HADS-Depressivität Cluster zeigten sich im Chi-Quadrat-Test signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, die sich aber hauptsächlich durch die überzufällig häufige Zugehörigkeit der Personen ohne Kinder in die Kategorie grenzwertig aufklären lassen ($\chi^2[2] = 6,892$; $p \leq .05$, $d = .11$). Bei ausschließlicher Betrachtung der Kategorien unauffällig und auffällig zeigten sich dagegen keine signi-

fikanten Effekte ($\chi^2[1] = .623$; $p = .43$, $d = .04$). Detailliert sind die Zahlen in Tabelle 20 abgebildet.

Tabelle 20: HADS-Depressivität Cluster, getrennt nach Elternschaft

| | | | HADS-Depressivität Cluster | | | |
|---------------|---------------|--------------|----------------------------|-------------|-----------|--------|
| | | | unauffällig | grenzwertig | auffällig | Gesamt |
| Kinder | nein | Anzahl | 87 | 19 | 5 | 111 |
| | | % von Kinder | 87,4% | 17,1% | 4,5% | 100% |
| | ja | Anzahl | 1.796 | 210 | 149 | 2.155 |
| | | % von Kinder | 83,3% | 9,7% | 6,9% | 100% |
| | Gesamt | Anzahl | 1.883 | 229 | 154 | 2.266 |
| | | % von Kinder | 83,1% | 10,1% | 6,8% | 100% |

In Bezug auf *Angstsymptomatik* zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Personen, die in der Befragung angaben, Kinder zu haben, und den kinderlosen Befragten. Dies zeigte sich im durchgeführten T-Test ($t_{(2271)} = -.096$; $p = .924$; $d = .01$) (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: HADS-Ängstlichkeit Summenscore, getrennt nach Elternschaft

| Kind | HADS-Ängstlichkeit Summenscore | | |
|---------------|--------------------------------|----------|-----------|
| | n | M | SD |
| ja | 112 | 6,4 | 3,93 |
| nein | 2.161 | 6,5 | 4,01 |
| Gesamt | 2.273 | 6,45 | 4,0 |

Bei Betrachtung der HADS-Cluster im Bereich von *Ängstlichkeit* offenbarten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2[2] = 2,225$; $p = .33$, $d = .06$) (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22: HADS-Ängstlichkeit Cluster, getrennt nach Elternschaft

| | | | HADS-Ängstlichkeit Cluster | | | | |
|--------|------|--------------|----------------------------|-------------|-----------|--------|-------|
| | | | un-auffällig | grenzwertig | auffällig | Gesamt | |
| Kinder | nein | Anzahl | 80 | 14 | 18 | 112 | |
| | | % von Kinder | 71,4% | 12,5% | 16,1% | 100% | |
| | ja | Anzahl | 1.428 | 387 | 346 | 2.161 | |
| | | % von Kinder | 66,1% | 17,9% | 16,0% | 100% | |
| Gesamt | | | Anzahl | 1.508 | 401 | 364 | 2.273 |
| | | | % von Kinder | 66,3% | 17,6% | 16,0% | 100% |

Bei Betrachtung der *körperlichen Beschwerden* zeigten sich ebenfalls keine systematischen Unterschiede zwischen den Personen, die der Befragung angaben, Kinder zu haben und den Personen ohne Kinder. Die Mittelwerte des B-L Summenscores unterschieden sich nur unwesentlich, wie Tabelle 23 zu entnehmen ist.

Tabelle 23: B-L Summenscore, getrennt nach Elternschaft

| Kind | B-L Summenscore | | |
|---------------|-----------------|----------|-----------|
| | n | M | SD |
| ja | 100 | 17,2 | 12,69 |
| Nein | 2.013 | 16,0 | 11,14 |
| Gesamt | 2.113 | 16,1 | 11,21 |

Ebenso konnten keine Unterschiede in Bezug auf die Cluster der B-L gefunden werden ($\chi^2[1] = .118$; $p = .73$, $d = .01$). In Tabelle 24 ist die Aufteilung auf die Cluster *unauffällig* sowie *auffällig* noch einmal abgebildet.

Dies konnte im durchgeführten T-Test ($t_{(2111)} = 1,009$; $p = .313$; $d = .10$) auch rechnerisch nachgewiesen werden. Der Grund für die höhere Anzahl der Ausreißer bei den Kinderlosen ist hierbei am ehesten mit der größeren Stichprobe zu deuten.

Tabelle 24: B-L Cluster, getrennt nach Elternschaft

| | | | B-L Cluster | | |
|---------------|---------------|--------------|-------------|-----------|--------|
| | | | unauffällig | auffällig | Gesamt |
| Kinder | nein | Anzahl | 73 | 26 | 99 |
| | | % von Kinder | 73,7% | 26,3% | 100% |
| | ja | Anzahl | 1.451 | 560 | 2.011 |
| | | % von Kinder | 72,2% | 27,8% | 100% |
| | Gesamt | Anzahl | 1.524 | 586 | 2.110 |
| | | % von Kinder | 72,2% | 27,8% | 100% |

Insgesamt muss die Hypothese, dass Kinder einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben, für alle untersuchten Bereiche abgelehnt werden. Es können jedoch keine Aussagen darüber gemacht werden, ob Kinder z.B. im Sinne eines protektiven Faktors gesehen werden können. Diesbezüglich müsste weitere gerichtete Forschung mit spezifischen Fragestellungen und Methoden angestrengt werden.

5.3 Studienstruktur, -zufriedenheit und psychische Befindlichkeit

Insgesamt beantworteten 2.222 Studierende die Skala zu subjektiv empfundenen Studienbedingungen, deren sechs Items abgestuft von *trifft nicht zu* (0) bis *trifft völlig zu* (3) beantwortet werden konnten. Je zufriedener der Proband mit den Studienbedingungen ist, desto mehr sollte sich sein Summenscore Null annähern; je unzufriedener, desto mehr tendiert der Summenscore zum Maximum von 18. Dabei soll die Zufriedenheit mit den Studienbedingungen an dieser Stelle nur deskriptiv berichtet werden, ohne dass auf eine gezieltere Fragestellung geantwortet wird.

Der Mittelwert bezüglich der Studienzufriedenheit aller Befragten lag bei 4,6 (SD 3,24, Median 4;). Der höchste gemessene Summenscore betrug 18, der niedrigste Null (vgl. Abbildung 15).

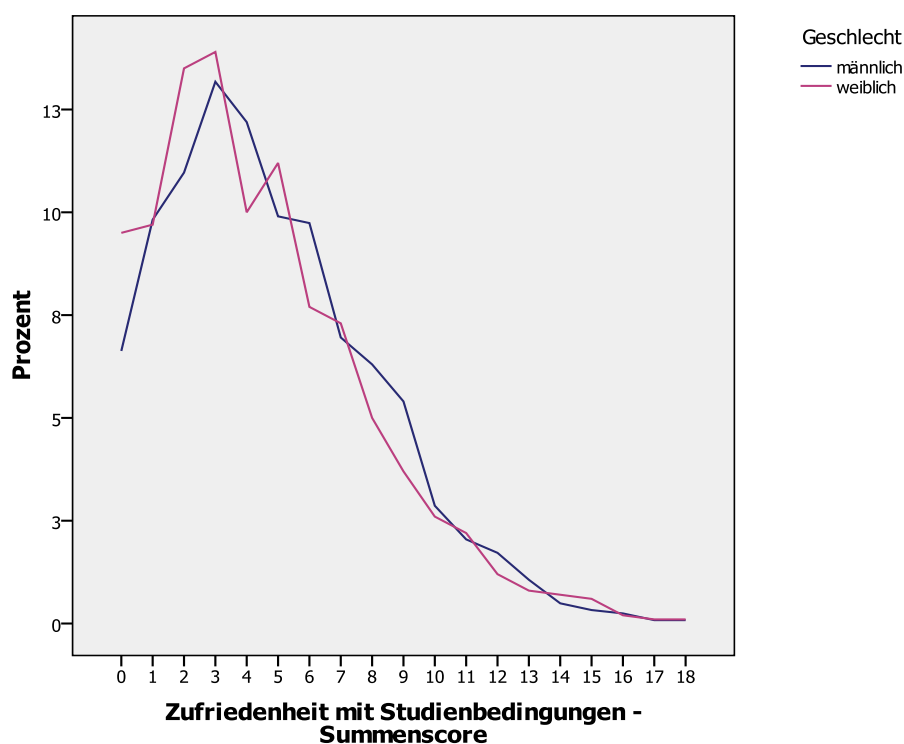


Abbildung 15: Zufriedenheit mit aktuellen Studienbedingungen

Die überwiegende Mehrheit der befragten Studierenden gab an, mit den aktuellen Studienbedingungen im Großen und Ganzen zufrieden zu sein.

STUDIENZUFRIEDENHEIT – GESCHLECHTERVERGLEICH

Bei der Zufriedenheit mit den aktuellen Studienbedingungen („Studienzufriedenheit“) konnten keine signifikanten Geschlechterunterschiede festgestellt werden, was anhand eines T-Tests nachgewiesen werden konnte ($t_{(2220)} = 2.43$; $p = .015$; $d = .10$). Bei deskriptiver Betrachtung zeigte sich, dass männliche Studierende ($n=1222$; $M=4,8$; $SD\ 3,3$) insgesamt mit den Studienbedingungen minimal unzufriedener sind als ihre weiblichen Kommilitonen ($n= 1000$; $M=4,5$; $SD=3,3$). Tabelle 25 zeigt noch einmal den Geschlechtervergleich, bezogen auf Mittelwert und Standardabweichung.

Tabelle 25: Studienzufriedenheit, getrennt nach Geschlecht

| | Geschlecht | n | M | SD |
|---|-------------------|----------|----------|-----------|
| Studienzufriedenheit (getrennt nach Geschlecht) | männlich | 1.222 | 4,8 | 3,3 |
| | weiblich | 1.000 | 4,5 | 3,3 |
| | Gesamt | 2.222 | 4,6 | 3,3 |

Fragestellung 6: *Unterscheiden sich Studierende unterschiedlicher Studiengänge bezüglich der Art ihrer psychischen Erkrankungen (bezogen auf Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden)?*

VORBEMERKUNG

Aufgrund der Tatsache, dass an der Online-Befragung die Teilnehmer 102 verschiedenen Studiengängen angehörten, wurden diese zu sechs verschiedenen Clustern zusammengeschlossen (vgl. Abschnitt 4.2.4). Diese Cluster sind auch Grundlage für die folgenden Berechnungen.

Bei der nachfolgenden Analyse wurden die in Abschnitt 4.2.4 zusammengestellten Studiengangcluster gewählt:

1. Natur- und Lebenswissenschaften (inklusive Psychologie) (NLW)
2. Sozialwissenschaften (SOW)
3. Ingenieurwissenschaften (ING)
4. Geistes- und Erziehungswissenschaften, Kunst und Gestaltung (GEK)

5. Wirtschaftswissenschaften, Logistik, Verkehr und Management im Gesundheitswesen (WLG)
6. Mathematik und Informatik (MAI).

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob sich Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit psychischer Störungen zwischen den Studiengangclustern finden, sollen die einzelnen Symptomkomplexe Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden getrennt voneinander betrachtet werden.

DEPRESSIVITÄT

In Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens depressiver Symptome zwischen den Studiengangs-Clustern zeigte der durchgeführte Chi-Quadrat-Test einen signifikanten Unterschied zwischen den erwarteten und den tatsächlichen Häufigkeiten ($\chi^2[10] = 19,827$; $p = .03$, $d = .20$). Hierbei fällt auf, dass insbesondere Studierende der Natur- und Lebenswissenschaften sowie des wirtschaftswissenschaftlichen Clusters, aber auch der Geistes-, und Erziehungswissenschaften, weniger häufig als erwartet in den grenzwertigen oder sogar auffälligen Bereichen lagen. Studierende der Ingenieurwissenschaften sowie der Mathematik und Informatik waren hingegen in den Bereichen überhäufig repräsentiert (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: HADS-Depressivität Cluster, unterteilt nach Studiengangcluster

| Studiengangcluster | | HADS-Depressivität Cluster | | | |
|--------------------|---------------------------|----------------------------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | grenzwertig | auffällig | Gesamt |
| NLW | Anzahl | 139 | 18 | 4 | 161 |
| | % von Studiengang-cluster | 86,3% | 11,2% | 2,5% | 100% |
| SOW | Anzahl | 158 | 21 | 14 | 193 |
| | % von Studiengang-cluster | 81,9% | 10,9% | 7,3% | 100% |
| ING | Anzahl | 645 | 79 | 58 | 782 |
| | % von Studiengang-cluster | 82,5% | 10,1% | 7,4% | 100% |
| GEK | Anzahl | 170 | 18 | 8 | 196 |
| | % von Studiengang-cluster | 86,7% | 9,2% | 4,1% | 100% |
| WLG | Anzahl | 323 | 24 | 17 | 364 |
| | % von Studiengang-cluster | 88,7% | 6,6% | 4,7% | 100% |
| MAI | Anzahl | 204 | 30 | 24 | 258 |
| | % von Studiengang-cluster | 79,1% | 11,6% | 9,3% | 100% |
| Gesamt | Anzahl | 1.639 | 190 | 125 | 1.954 |
| | % von Studiengang-cluster | 83,9% | 9,7% | 6,4% | 100% |

NLW: Natur- und Lebenswissenschaften und Psychologie, SOW: Sozialwissenschaften, ING: Ingenieurwissenschaften, GEK: Geistes- und Erziehungswissenschaften, Kunst und Gestaltung, WLG: Wirtschaftswissenschaften, Logistik und Verkehr, Gesundheitswesen, MAI: Mathematik und Informatik

Graphisch wird die Verteilung auf die HADS-Depressivität Kategorien bezogen auf die Studiengangclustern in Abbildung 16 dargestellt.

Eine durchgeführte ANOVA mit dem Summenscore der HADS-D zeigte hochsignifikante Unterschiede ($F[5, 1953] = 3.402$; $p \leq .01$). Bei Betrachtung der Effektstärke η^2 zeigte sich mit .01 jedoch nur ein kleiner Effekt.

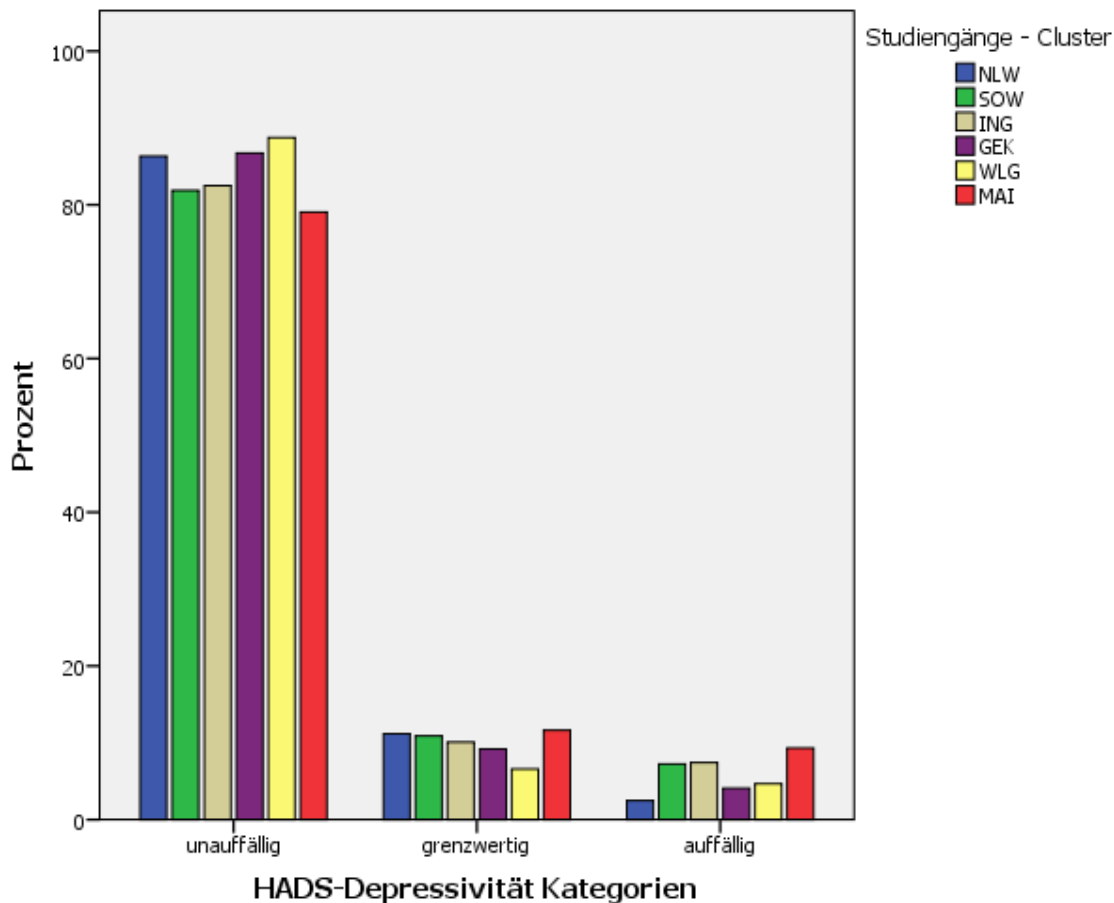


Abbildung 16: HADS-Depressivität Kategorien, getrennt nach Studiengangclustern

ÄNGSTLICHKEIT

Betrachtet man das Auftreten von Angstsymptomen, zeigten sich insgesamt keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2[10] = 14,256$; $p = .162$, $d = .17$) (vgl. Tabelle 27). Studierende der Ingenieurwissenschaften sind aber tendenziell am geringsten von ängstlichen bzw. phobischen Symptomen betroffen. Auffällig sind die Studierenden der Sozialwissenschaften, die deutlich häufiger als erwartet im auffälligen Bereich lagen. Im Interview werden diesbezüglich vorwiegend agoraphobische wie panische Symptome berichtet. Ebenfalls treten Symptome generalisierter Ängste, spezifischer und/oder sozialer Phobien auf.

Eine durchgeführte ANOVA, basierend auf dem Summenscore der HADS-D zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Clustern der Studiengänge bezüglich der Ängstlichkeits-Symptomatik ($F[5, 1958] = 2.037$; $p = .07$). Bei Betrachtung der Effektstärke η^2 zeigt sich mit .005 ebenfalls kein Effekt.

Tabelle 27: HADS-Ängstlichkeit Cluster, unterteilt nach Studiengangclustern

| Studiengangcluster | | HADS-Ängstlichkeit Cluster | | | Gesamt |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | grenzwertig | auffällig | |
| NLW | Anzahl | 108 | 25 | 30 | 163 |
| | % von Studiengangcluster | 66,3% | 15,3% | 18,4% | 100% |
| SOW | Anzahl | 125 | 27 | 43 | 195 |
| | % von Studiengangcluster | 64,1% | 13,8% | 22,1% | 100% |
| ING | Anzahl | 542 | 139 | 104 | 785 |
| | % von Studiengangcluster | 69,0% | 17,7% | 13,2% | 100% |
| GEK | Anzahl | 124 | 41 | 33 | 198 |
| | % von Studiengangcluster | 62,6% | 20,7% | 16,7% | 100% |
| WLG | Anzahl | 245 | 62 | 54 | 361 |
| | % von Studiengangcluster | 67,9% | 17,2% | 15,0% | 100% |
| MAI | Anzahl | 177 | 39 | 41 | 257 |
| | % von Studiengangcluster | 68,9% | 15,2% | 16,0% | 100% |
| Gesamt | Anzahl | 1.321 | 333 | 305 | 1.959 |
| | % von Studiengangcluster | 67,4% | 17,0% | 15,6% | 100% |

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

Deutlichere Ergebnisse zeigten sich bei der Untersuchung der körperlichen Symptome anhand der B-L Cluster (vgl. Tabelle 28). Hier ergab der durchgeführte Chi-Quadrat-Test ($\chi^2[5] = 27,060$; $p \leq .000$, $d = .24$) ein höchstsignifikantes Ergebnis, wenn auch mit nur geringer Effektstärke. Es zeigten sich die Sozialwissenschaftler sowie die Geistes- und Erziehungswissenschaftler in besonderem Maß belastet. Bei Studierenden des Ingenieurwesens, der Mathematik und Informatik zeigten sich hingegen weniger häufig als erwartet negative körperliche Empfindungen (vgl. Abbildung 17). Die Cluster der Natur- und Lebenswissenschaftler sowie der Wirtschaftswissenschaftler zeigten bezüglich beobachteter und erwarteter Häufigkeiten keinerlei Auffälligkeiten.

Tabelle 28: B-L Cluster, unterteilt nach Studiengangclustern

| Studiengangcluster | | B-L Cluster | | |
|--------------------|--------------------------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | auffällig | Gesamt |
| NLW | Anzahl | 115 | 40 | 155 |
| | % von Studiengangcluster | 74,2% | 25,8% | 100% |
| SOW | Anzahl | 116 | 66 | 182 |
| | % von Studiengangcluster | 63,7% | 36,3% | 100% |
| ING | Anzahl | 557 | 170 | 727 |
| | % von Studiengangcluster | 76,6% | 23,4% | 100% |
| GEK | Anzahl | 117 | 72 | 189 |
| | % von Studiengangcluster | 61,9% | 38,1% | 100% |
| WLG | Anzahl | 247 | 96 | 343 |
| | % von Studiengangcluster | 72,0% | 28,0% | 100% |
| MAI | Anzahl | 181 | 55 | 236 |
| | % von Studiengangcluster | 76,7% | 23,3% | 100% |
| Gesamt | Anzahl | 1.333 | 499 | 1.832 |
| | % von Studiengangcluster | 72,8% | 27,2% | 100% |

Eine durchgeführte ANOVA zeigte ($F[5, 1832] = 16,542$; $p \leq .000$, $\eta^2 = .04$) ebenso höchstsignifikante Unterschiede, wobei hier nicht die Kategorien, sondern der Summenscore herangezogen wurden. Bei Betrachtung der Effektstärke η^2 zeigt sich mit .04 unterstützend ein kleiner Effekt.

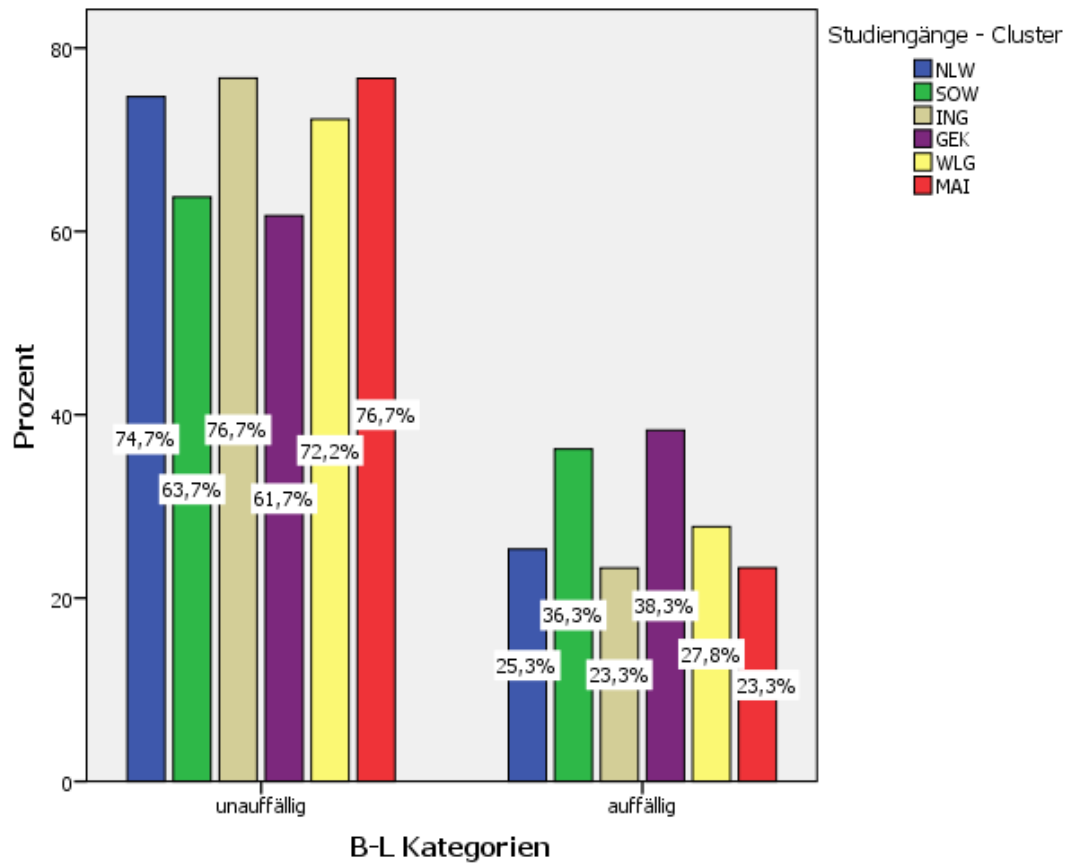


Abbildung 17: Verteilung B-L Kategorien, bezogen auf die Zugehörigkeit zu Studiengang-Clustern

Zur Fragestellung, ob sich Studierende unterschiedlicher Studienfächer bezüglich ihrer psychischen Gesundheit unterscheiden, muss eine Aufspaltung in die drei Bereiche Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden vorgenommen werden. Im Bereich der *Ängstlichkeit* zeigten sich keine Unterschiede. Hingegen konnten signifikante Unterschiede zwischen den Studiengangclustern bei *Depressivität* sowie bei *körperlichen Beschwerden* gefunden werden.

Fragestellung 7: *Unterscheiden sich Studierende unterschiedlicher nächst-angestrebter Abschlüsse in Bezug auf die Häufigkeit und Art psychischer Störungen (bezogen auf Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden)?*

DEPRESSIVITÄT

In Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens *depressiver* Symptome zwischen den unterschiedlichen angestrebten Abschlüssen zeigte der durchgeführte Chi-Quadrat-Test keinen signifikanten Unterschied zwischen den erwarteten und den tatsächlichen Häufigkeiten ($\chi^2[12] = 12,691$; $p = .39$, $d = .15$) (vgl. Tabelle 27). Auch nach Ausschluss der Studierenden (aufgrund geringer Häufigkeiten) die als nächst-angestrebten Abschluss das Staatsexamen angaben, konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden ($\chi^2 [10] = 8,873$; $p = .54$, $d = .13$). Bei Betrachtung der standardisierten Residuen zeigt sich, dass Studierende im Vordiplom sowie im Masterstudiengang eher im Cluster *auffällig* zu finden sind als bei anderen Abschluss-Gruppen. Eine durchgeführte ANOVA zeigte ($F[6, 2266] = 1,541$; $p = .16$, $\eta^2 = .004$) ebenso keine Unterschiede, wobei hier nicht die Kategorien sondern der Summenscore herangezogen wurden.

In einem weiteren Schritt wurden Abschlüsse der alten Studienordnung (Diplomstudiengänge sowie Magister) bezüglich ihrer Unterschiede in Bezug auf die psychische Gesundheit der Studierenden gegenüber Abschlüssen, die im Zuge der Hochschulumstrukturierung eingeführt wurden (Bachelor und Master-Studiengänge), betrachtet. Dabei wurden die Personen, die angaben, ihr Studium mit einem Staatsexamen abzuschließen, von der Analyse ausgeschlossen. Begründet ist dies darin, dass im Zuge der Bologna-Beschlüsse dieser Abschluss beibehalten wurde und aus diesem Grund eine Testung bezüglich eventueller Unterschiede nach der Hochschulreform wenig sinnvoll erscheint. Somit gingen in die Analyse folgende Abschlüsse ein: Vordiplom, Diplom sowie Magister-Studierende der alten Studienordnung. Bachelor- und Master-Abschluss der Personen, die nach neuer Studienordnung studieren. Die Personen, die eine Promotion als nächst-erreichbaren Abschluss angaben, wurden ebenfalls aufgrund der beibehaltenen Abschlusstruktur von der folgenden Analyse ausgeschlossen.

Betrachtet man die HADS-Depressivität Cluster der Studierenden der alten gegenüber der neuen Studienordnung, zeigte der Chi-Quadrat Test keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2[2] = 1,162$; $p = .56$, $d = .05$). Deskriptiv sind die Daten in Tabelle 29 dargestellt.

Tabelle 29: HADS-Depressivität Cluster, unterteilt nach dem nächst-angestrebten Abschluss

| nächst-angestrebter Abschluss | | HADS-Depressivität Cluster | | | |
|---------------------------------|-----------------|----------------------------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | grenzwertig | auffällig | Gesamt |
| Diplom (Grundstudium) | Anzahl | 281 | 34 | 32 | 347 |
| | % von Abschluss | 81,0% | 9,8% | 9,2% | 100% |
| Diplom (Hauptstudium) | Anzahl | 761 | 86 | 57 | 904 |
| | % von Abschluss | 84,2% | 9,5% | 6,3% | 100% |
| Staats-examen | Anzahl | 27 | 1 | 0 | 28 |
| | % von Abschluss | 96,4% | 3,6% | 0% | 100% |
| Magister | Anzahl | 43 | 9 | 5 | 57 |
| | % von Abschluss | 75,4% | 15,8% | 8,8% | 100% |
| Bachelor | Anzahl | 668 | 87 | 49 | 804 |
| | % von Abschluss | 83,1% | 10,8% | 6,1% | 100% |
| Master | Anzahl | 54 | 7 | 7 | 68 |
| | % von Abschluss | 79,4% | 10,3% | 10,3% | 100% |
| Promotion | Anzahl | 49 | 5 | 4 | 58 |
| | % von Abschluss | 84,5% | 8,6% | 6,9% | 100% |
| Gesamt | Anzahl | 1.883 | 229 | 154 | 2.266 |
| | % von Abschluss | 83,1% | 10,1% | 6,8% | 100% |

Auch bezogen auf den Summenscore konnten in einem durchgeführten T-Test keine Unterschiede aufgezeigt werden ($t_{(2149)} = .092$; $p = .93$; $d = .0$) (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30: HADS-Depressivität Cluster, getrennt nach alter und neuer Studienordnung

| nächster angestrebter Abschluss | | HADS-Depressivität Cluster | | | |
|--|-----------------|----------------------------|--------------|-----------|--------|
| | | un-auffällig | grenz-wertig | auffällig | Gesamt |
| alte Studien- ordnung (Vordiplom, Dip- lom, Magister) | Anzahl | 1.069 | 121 | 89 | 1.279 |
| | % von Abschluss | 83,6% | 9,5% | 7,0% | 100% |
| neue Studien- ordnung (Bachelor, Master) | Anzahl | 722 | 94 | 56 | 872 |
| | % von Abschluss | 82,8% | 10,8% | 6,4% | 100% |
| Gesamt | Anzahl | 1.791 | 215 | 185 | 2.151 |
| | % von Abschluss | 83,3% | 10,0% | 6,7% | 100% |

ÄNGSTLICHKEIT

Betrachtet man das Auftreten von *Angstsymptomen* bezogen auf den nächst-angestrebten Abschluss, zeigen sich insgesamt keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2[12] = 8,538$; $p = .742$, $d = .12$). (Tabelle 31). Schließt man auch hier das Staatsexamen aus, so zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Ängstlichkeit der Befragten ($\chi^2[10] = 8,247$; $p = .61$, $d = .12$). Eine durchgeführte ANOVA zeigte ($F[6, 2273] = .634$; $p = .70$, $\eta^2 = .002$) ebenso keine Unterschiede, wobei hier nicht die Kategorien sondern der Summenscore herangezogen wurden.

Tabelle 31: HADS-Ängstlichkeit Cluster, unterteilt nach dem nächsten angestrebten Abschluss

| nächster angestrebter Abschluss | | HADS-Ängstlichkeit Cluster | | | |
|---------------------------------|-----------------|----------------------------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | grenzwertig | auffällig | Gesamt |
| Diplom (Grundstudium) | Anzahl | 229 | 64 | 56 | 349 |
| | % von Abschluss | 65,6% | 18,3% | 16,0% | 100% |
| Diplom (Hauptstudium) | Anzahl | 623 | 145 | 137 | 905 |
| | % von Abschluss | 68,8% | 16,0% | 15,1% | 100% |
| Staatsexamen | Anzahl | 18 | 6 | 4 | 28 |
| | % von Abschluss | 64,3% | 21,4% | 14,3% | 100% |
| Magister | Anzahl | 37 | 11 | 10 | 58 |
| | % von Abschluss | 63,8% | 19,0% | 17,2% | 100% |
| Bachelor | Anzahl | 522 | 148 | 135 | 805 |
| | % von Abschluss | 64,8% | 18,4% | 16,8% | 100% |
| Master | Anzahl | 40 | 18 | 10 | 68 |
| | % von Abschluss | 58,8% | 26,5% | 14,7% | 100% |
| Promotion | Anzahl | 39 | 9 | 12 | 60 |
| | % von Abschluss | 65,0% | 15,0% | 20,0% | 100% |
| Gesamt | Anzahl | 1.508 | 401 | 364 | 2.273 |
| | % von Abschluss | 66,3% | 17,6% | 16,0% | 100% |

Vollzieht man das oben genannte Prozedere der Aufteilung der Studierenden nach alter und neuer Studienordnung auch im Bereich der Ängstlichkeit, so zeigt sich, dass auch hier keine Unterschiede zwischen den Studierenden der beiden Gruppen aufgedeckt werden konnten ($\chi^2[2] = 2,935$; $p = .23$, $d = .07$). Bei deskriptiver Betrachtung offenbart sich jedoch eine große Belastung im Bereich der Ängstlichkeit. So zeigen sich in beiden Gruppen circa 16% der Studierenden als belastet (vgl. Tabelle 32).

Ein hier ebenfalls durchgeführter T-Test, bezogen auf den Summenscore der verwendeten HADS-Ängstlichkeit, zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($t_{(2153)} = -.935$; $p = .35$; $d = .04$).

Tabelle 32: HADS-Ängstlichkeit Cluster, getrennt nach alter und neuer Studienordnung

| nächster angestrebter Abschluss | | HADS-Ängstlichkeit Cluster | | | |
|---|-----------------|----------------------------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | grenzwertig | auffällig | Gesamt |
| alte Studienordnung (Vordiplom, Diplom, Magister) | Anzahl | 870 | 215 | 197 | 1.282 |
| | % von Abschluss | 67,9% | 16,8% | 15,4% | 100% |
| neue Studienordnung (Bachelor, Master) | Anzahl | 562 | 166 | 145 | 873 |
| | % von Abschluss | 64,4% | 19,0% | 16,6% | 100% |
| Gesamt | Anzahl | 1.432 | 381 | 342 | 2.155 |
| | % von Abschluss | 66,5% | 17,7% | 15,9% | 100% |

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

Deutlichere Ergebnisse zeigten sich dagegen bei der Untersuchung von *körperlichen Beschwerden*. Hier ergab der durchgeführte Chi-Quadrat-Test ($\chi^2[6] = 25,397$; $p \leq .000$ $d = .22$) ein höchstsignifikantes Ergebnis. Einschränkend zeigt sich hier jedoch nur eine kleine Stärke des Effekts. Auffällig ist, dass die Personen, die im Hauptdiplom studieren, am geringsten im *auffälligen* Bereich repräsentiert sind. Dagegen zeigt sich bei den Befragten, die als nächsten Abschluss den Bachelor oder Master sowie den Magister angaben, eine deutliche Belastung durch körperliche Symptome (vgl. Tabelle 33). Die Effektstärke schränkt jedoch auch hier das Ergebnis ein. Eine durchgeführte ANOVA zeigte ($F[6, 2113] = 6,013$; $p \leq .000$, $\eta^2 = .017$) ebenso höchstsignifikante Unterschiede, wobei hier ebenfalls der Summenscore herangezogen wurden. Bei Betrachtung der Effektstärke η^2 zeigt sich mit .017 unterstützend ein kleiner Effekt.

Analysiert man die Häufigkeiten nach oben beschriebenem Verfahren, so zeigen sich im Bereich der körperlichen Beschwerden höchstsignifikante Unterschiede zwischen der körperlichen Belastung der Studierenden alter sowie neuer Studienordnung ($\chi^2[1] = 17,863$; $p \leq .000$ $d = .19$).

Tabelle 33: B-L Cluster, unterteilt nach dem nächsten angestrebten Abschluss

| nächster angestrebter Abschluss | | B-L Cluster | | |
|---------------------------------|-----------------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | auffällig | Gesamt |
| Diplom (Grundstudium) | Anzahl | 242 | 82 | 324 |
| | % von Abschluss | 74,7% | 25,3% | 100% |
| Diplom (Hauptstudium) | Anzahl | 641 | 191 | 832 |
| | % von Abschluss | 77,0% | 23,0% | 100% |
| Staatsexamen | Anzahl | 18 | 8 | 26 |
| | % von Abschluss | 69,2% | 30,8% | 100% |
| Magister | Anzahl | 32 | 23 | 55 |
| | % von Abschluss | 58,2% | 41,8% | 100% |
| Bachelor | Anzahl | 510 | 241 | 751 |
| | % von Abschluss | 67,9% | 32,1% | 100% |
| Master | Anzahl | 40 | 22 | 62 |
| | % von Abschluss | 64,5% | 35,5% | 100% |
| Promotion | Anzahl | 41 | 19 | 60 |
| | % von Abschluss | 68,3% | 31,7% | 100% |
| Gesamt | Anzahl | 1.524 | 586 | 2.110 |
| | % von Abschluss | 72,2% | 27,8% | 100% |

In einem durchgeführten T-Test zeigten sich höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($t_{(1995)} = -5.468$; $p \leq .000$; $d = .25$), wenn auch mit einer geringen Effektstärke. Deskriptiv kann dies in Tabelle 34 nachvollzogen werden.

Tabelle 34: B-L Cluster, getrennt nach alter und neuer Studienordnung

| nächster angestrebter Abschluss | | B-L Cluster | | |
|--|-----------------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | auffällig | Gesamt |
| alte Studien- ordnung (Vordiplom, Diplom, Magister) | Anzahl | 901 | 281 | 1.182 |
| | % von Abschluss | 76,2% | 23,8% | 100% |
| neue Studie- nordnung (Bachelor, Master) | Anzahl | 550 | 263 | 813 |
| | % von Abschluss | 67,7% | 32,3% | 100% |
| Gesamt | Anzahl | 1.451 | 544 | 1.995 |
| | % von Abschluss | 72,7% | 27,3% | 100% |

Graphisch wird die Zugehörigkeit zu den B-L Clustern *unauffällig* bzw. *auffällig* bezogen auf den nächsten angestrebten Studienabschluss in Abbildung 18 dargestellt.

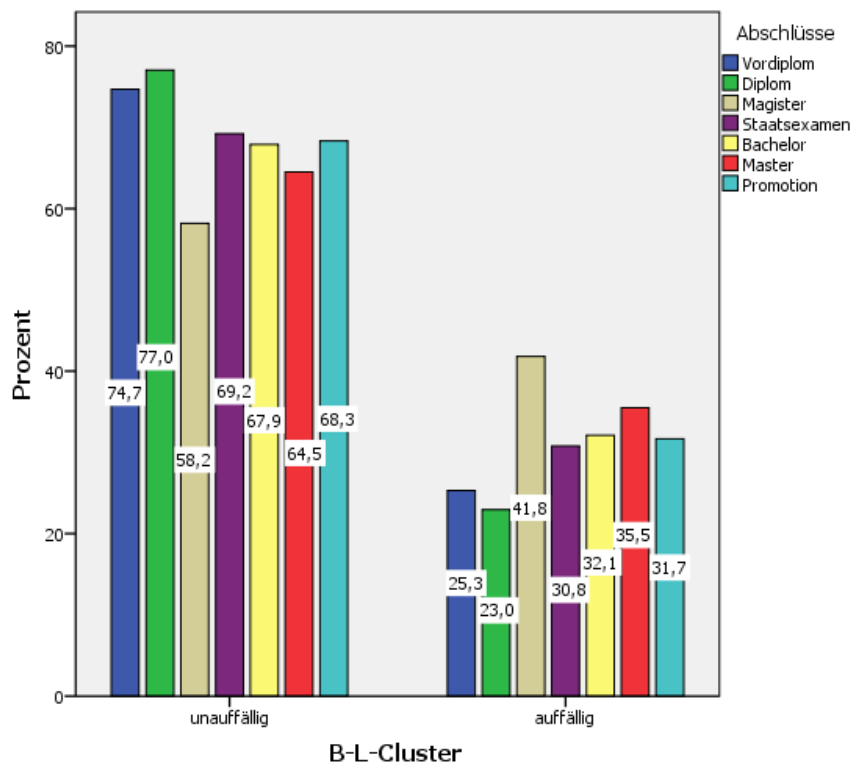


Abbildung 18: Verteilung der B-L Cluster, bezogen auf den nächsten angestrebten Abschluss

Zusammenfassend kann in den Bereichen *Ängstlichkeit* und *Depressivität* kein Zusammenhang mit dem nächst-angestrebten Abschluss sowie der Durchführung des Studiums nach alter bzw. neuer Studienordnung gefunden werden. Dagegen zeigten sich im Bereich der *körperlichen Beschwerden* höchstsignifikante Unterschiede dahingehend, dass Studierende nach alter Studienordnung ($n = 1184$; $M = 14,8$, $SD = 10,8$) deutlich geringer belastet sind als Studenten der Bachelor- sowie Masterstudiengänge ($n = 813$; $M = 17,6$, $SD = 11,4$). Somit drücken sich die Unterschiede ausschließlich in körperlichen Korrelaten aus.

Hypothese 8: *Bei Studierenden besteht ein Zusammenhang zwischen subjektiv empfundener Unzufriedenheit mit ihren aktuellen Studienbedingungen und dem Auftreten von psychischen Erkrankungen (bezogen auf Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden).*

Im Folgenden wurde der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen subjektiv empfundener Unzufriedenheit mit den Studienbedingungen und klinischer Symptomatik besteht.

Die Hypothese wurde anhand einer Korrelationsuntersuchung getestet. Es konnte gezeigt werden, dass ein höchstsignifikanter positiver Zusammenhang zwischen subjektiver empfundener Unzufriedenheit mit dem Studium und der Höhe des Summenscores der HADS-D besteht. Eine weitere höchstsignifikante Korrelation ließ sich mit dem Summenscore der B-L aufzeigen (vgl. Tabelle 35).

Die Ergebnisse implizieren, dass Studierende, die mit ihren aktuellen Studienbedingungen unzufrieden waren, eher zu Somatisierung neigten sowie depressive und/oder Angst-Symptome aufwiesen.

Somit besteht ein Zusammenhang zwischen Unzufriedenheit mit Studienbedingungen und psychischen Auffälligkeiten im Sinne von *Depressivität, Ängstlichkeit und körperlichen Beschwerden*, so dass die Hypothese als bestätigt gilt. Eine Kausalität der Symptome lässt sich so nicht ermitteln. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die einzelnen Kategorien gegenseitig beeinflussen und zur jeweiligen Ausprägung beitragen.

Tabelle 35: Korrelationsmatrix

| | | Studien- Zufrieden- heit Sum- men-score | HADS- Ängstlich- keit Sum- men-score | HADS- Depres- sivität Summen- score | B-L Summen- score |
|--|---------------------------|---|--|--|--------------------------------|
| Studien- Zufriedenheit Summenscore | Korr. nach Pear- son | 1 | .301** | .337** | .281** |
| | Signifikanz (2-seitig) | | .000 | .000 | .000 |
| | Effektstärke (r^2) | | .09 | .11 | .08 |
| | N | | 2.171 | 2.163 | 2.048 |
| HADS- Ängstlichkeit Summenscore | Korr. nach Pear- son | .301** | 1 | .674** | .702** |
| | Signifikanz (2-seitig) | .000 | | .000 | .000 |
| | Effektstärke (r^2) | .09 | | .45 | .49 |
| | N | 2.171 | | 2.124 | 2.006 |
| HADS- Depressivität Summenscore | Korr. nach Pear- son | .337** | .674** | 1 | .566** |
| | Signifikanz (2-seitig) | .000 | .000 | | .000 |
| | Effektstärke (r^2) | .11 | .45 | | .32 |
| | N | 2.163 | 2.124 | | 1.999 |
| B-L Summenscore | Korr. nach Pear- son | .281** | .702** | .566** | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .000 | .000 | .000 | |
| | Effektstärke (r^2) | .08 | .49 | .32 | |
| | N | 2.048 | 2.006 | 1.999 | |

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

Hypothese 9: *Studenten, die Belastungen aufgrund der Studien- und Langzeitgebühren beklagen, sind in besonderem Maß von psychischen Erkrankungen, wie Depressivität, Ängstlichkeit und körperlichen Beschwerden belastet.*

Alle 72 Personen, die am klinischen Interview teilnahmen, wurden nach ihren eventuellen Belastungen in Folge der Studien- und Langzeitgebühren befragt. Dabei waren die vorgenommenen Abstufungen wie folgt: *Studiengebühren stellen kein Problem dar; Studiengebühren stellen ein geringes bis mittelgradiges Problem dar, Studiengebühren stellen ein erhebliches Problem dar.* In die folgende Analyse gingen nur die Personen ein, die in der Online-Befragung die HADS-D sowie die B-L vollständig ausgefüllt hatten.

Tabelle 36: Korrelationsmatrix

| | | Gebühren- belastung | HADS- Depres- sivität Sum- men-score | HADS- Ängstlich- keit Summen- score | B-L Summen-score |
|--|---------------------------|------------------------|---|--|---------------------|
| Gebühren- belastung | Korr. nach Pearson | | .089 | .122 | .137 |
| | Signifikanz (2-seitig) | | .419 | .264 | .203 |
| | Effektstärke (r^2) | | .01 | .01 | .02 |
| | N | | 56 | 56 | 55 |
| HADS- Depressivität Summenscore | Korr. nach Pearson | .089 | | .646** | .558** |
| | Signifikanz (2-seitig) | .419 | | .000 | .000 |
| | Effektstärke (r^2) | .01 | | .42 | .31 |
| | N | 56 | | 56 | 55 |
| HADS- Ängstlichkeit Summenscore | Korr. nach Pearson | .122 | .646** | | .744** |
| | Signifikanz (2-seitig) | .264 | .000 | | .000 |
| | Effektstärke (r^2) | .01 | .42 | | .55 |
| | N | 56 | 56 | | 55 |
| B-L Summenscore | Korr. nach Pearson | .137 | .558** | .744** | |
| | Signifikanz (2-seitig) | .203 | .000 | .000 | |
| | Effektstärke (r^2) | .02 | .31 | .55 | |
| | N | 55 | 55 | 55 | |

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

Bei Betrachtung der Korrelationsmatrix offenbart sich, dass es keinen Zusammenhang zwischen subjektiv empfundenen Belastungen durch Studien- oder Langzeitgebühren und psychischer Belastung in den Bereichen Depressivität, Ängstlichkeit oder körperlichen Beschwerden gibt (vgl. Tabelle 36).

Somit muss die Hypothese, dass Studenten, die über Belastungen bezüglich der Studiengebühren berichten, vermehrt unter psychischen Symptomen leiden, verworfen werden.

In Abbildung 19 kann noch einmal die Anzahl der Studierenden in den jeweiligen Abstufungen *kein Problem*, *geringe bis mittlere Probleme* und *erhebliche Probleme* nachvollzogen werden.

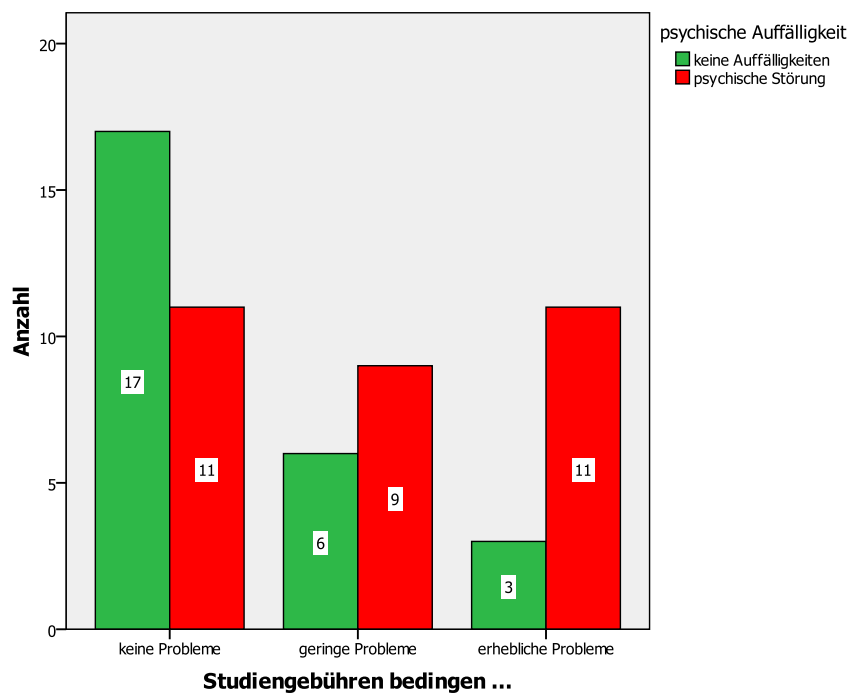


Abbildung 19: Psychische Auffälligkeiten bei Studierenden in Bezug auf berichtete Probleme in Zusammenhang mit den Studiengebühren

5.4 Alkoholkonsum und psychische Befindlichkeit⁷

Fragestellung 10: *Gibt es einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum sowie Trinkmustern und klinischer Symptomatik?*

Die oben genannte Fragestellung wurde anhand einer einfaktoriellen Varianzanalyse untersucht, welche weder einen signifikanten Zusammenhang zwischen Konsumkategorien und *Depressivität* (anhand des HADS-Depressivitäts-Summenscore) ($F[4, 2128] = .638$; $p = .64$; $\eta^2 = .001$), noch zwischen Alkoholkonsum und *Ängstlichkeit* (anhand des HADS-Ängstlichkeit-Summenscore) ($F[4, 2134] = 1.507$; $p = .20$; $\eta^2 = .003$) feststellen.

Bei einer zusätzlichen Analyse zeigte sich weiterhin, dass kein korrelativer Zusammenhang zwischen der durchschnittlich konsumierten Alkoholmenge (Gramm/Tag) und dem Auftreten einer *depressiven* oder *ängstlichen* Symptomatik besteht. Hohe Korrelationen bestehen hingegen bei *Ängstlichkeit* und *Depressivität* (vgl. Tabelle 37).

Tabelle 37: Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum, Depressivität und Ängstlichkeit

| | | durchschn. Alkoholkon- sum pro Tag (in Gramm) | HADS- Ängstlichkeit (Summenscore) | HADS- Depression (Summenscore) |
|---|---------------------------|--|---|--------------------------------------|
| durchschn. Alkohol- konsum pro Tag (in Gramm) | Korr. nach Pearson | 1 | -.006 | -.021 |
| | Effektstärke (r^2) | 1 | .00 | .00 |
| | Signifikanz (2-seitig) | | .79 | .33 |
| | N | 2.096 | 2.096 | 2.096 |
| HADS-Ängstlichkeit (Summenscore) | Korr. nach Pearson | -.006 | 1 | .565*** |
| | Effektstärke (r^2) | .00 | 1 | .32 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .79 | | .000 |
| | N | 2.096 | 2.096 | 2.096 |
| HADS-Depressivität (Summenscore) | Korr. nach Pearson | -.021 | .565*** | 1 |
| | Effektstärke (r^2) | .00 | .32 | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .33 | .000 | |
| | N | 2.096 | 2.096 | 2.096 |

*** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .001 (2-seitig) signifikant.

⁷ Der folgende Abschnitt wurde gemeinsam mit Christian Hammerschmidt (2011) verfasst. Es finden sich neben ähnlichen und identischen Teilen, die für beide Arbeiten gleichsam relevant sind, in beiden Arbeiten den jeweiligen Schwerpunktsetzungen entsprechende inhaltliche Unterschiede.

Bei der Analyse der *körperlichen Beschwerden* (anhand des B-L Summenscores) ($F[4, 1987] = 1.975$; $p = .10$; $\eta^2 = .004$) konnte ebenfalls kein signifikantes Ergebnis aufgezeigt werden. Mittelwerte und Standardabweichungen können Tabelle 38 entnommen werden.

Tabelle 38: Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) mit durchschnittlichen HADS-Depressivität, HADS-Ängstlichkeit und B-L Summenscores

| | Verteilung des Alkoholkonsums | N | M | SD |
|---------------------------|--------------------------------------|----------|----------|-----------|
| HADS-Depressivität | abstinent | 204 | 4,3 | 3,99 |
| | risikoarmer Konsum | 1.516 | 4,1 | 3,45 |
| | risikanter Konsum | 287 | 4,0 | 3,66 |
| | gefährlicher Konsum | 109 | 4,4 | 3,75 |
| | Hochkonsum | 17 | 3,4 | 2,76 |
| | Gesamt | 2.133 | 4,1 | 3,54 |
| HADS-Ängstlichkeit | abstinent | 207 | 6,8 | 4,09 |
| | risikoarmer Konsum | 1.526 | 6,4 | 3,95 |
| | risikanter Konsum | 283 | 6,1 | 4,02 |
| | gefährlicher Konsum | 107 | 6,9 | 4,46 |
| | Hochkonsum | 16 | 5,9 | 3,67 |
| | Gesamt | 2.139 | 6,4 | 4,0 |
| B-L | abstinent | 189 | 17,0 | 13,01 |
| | risikoarmer Konsum | 1.428 | 16,1 | 11,12 |
| | risikanter Konsum | 260 | 14,7 | 10,36 |
| | gefährlicher Konsum | 98 | 15,8 | 10,90 |
| | Hochkonsum | 17 | 20,5 | 12,51 |
| | Gesamt | 1.992 | 16,0 | 11,23 |

Eine weitere Untersuchung der Trinkmuster in Bezug auf rauschmäßiges Trinken (kein Binge-Drinking, Binge-Drinking, Heavy-Using) mittels einer einfaktoriellen ANOVA zeigte höchstsignifikante Gruppenunterschiede bezüglich Somatisierung anhand der Ergebnisse der B-L ($F[2, 2033] = 14.122$; $p \leq .000$; $\eta^2 = .014$). Dieser Effekt wird vermutlich jedoch stark durch das Geschlecht verzerrt: Beispielsweise ist mehr als jeder fünfte männliche Befragte Heavy-User, während nur rund jede Zwanzigste der weiblichen Befragten von diesem Konsummuster berichtet. Weiterhin ist darüber hinaus davon auszugehen, dass die weiblichen Befragten laut Testanweisung genuin höhere Summenwerte in der B-L aufweisen (vgl. hierzu 4.4.1.6). Vor diesem Hinter-

grund erscheint hier eine Auswertung über die geschlechtsbereinigten B-L Cluster aussagekräftiger. Hier zeigt sich, dass *keine* systematischen Unterschiede zwischen den Konsumkategorien vor dem Hintergrund einer Einteilung nach B-L Clustern aufzudecken sind ($\chi^2[2] = 5,450$; $p = .07$; $d = .10$) (Abbildung 20).

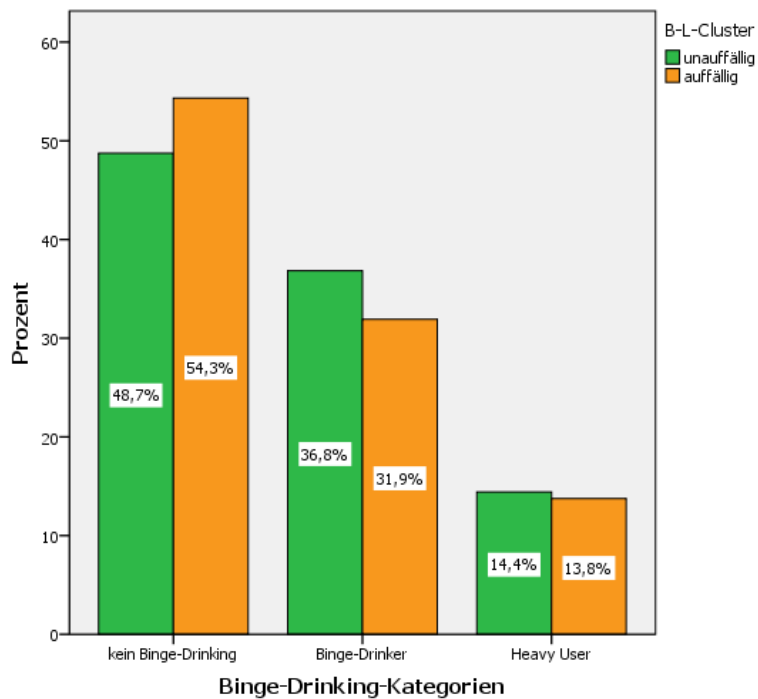


Abbildung 20: Binge-Drinking-Kategorien, getrennt nach B-L Clustern

Signifikante Unterschiede zwischen den Binge-Drinking-Kategorien konnten hingegen bei den Summenscores der HADS-Ängstlichkeit ($F[2, 2183] = 3.668$; $p = .03$; $\eta^2 = .003$) sowie der HADS-Depressivität ($F[2, 2177] = 3.814$; $p = .02$; $\eta^2 = .003$) festgestellt werden. Am psychisch unauffälligsten zeigten sich hier diejenigen Befragten, die angaben, Binge-Drinking zu betreiben, jedoch nicht häufiger als vier Mal pro Monat, dem entsprechend keine Heavy-User waren. Der durchschnittliche Summenscore und Standardabweichungen in den jeweiligen Kategorien sind in Tabelle 39 angegeben. Ein korrelativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Binge-Drinking-Gelegenheiten und dem Summenscore der HADS-Depressivität sowie der HADS-Ängstlichkeit besteht hingegen nicht.

Tabelle 39: Verteilung der „Binge-Drinking“-Kategorien mit durchschnittlichem B-L , HADS-Depressivität und HADS-Ängstlichkeit Summenscore

| | Konsumkategorien (Binge-Drinking) | N | M | SD |
|--------------------------------|--|----------|----------|-----------|
| HADS- Depressivität | kein Binge-Drinking | 1.090 | 4,3 | 3,65 |
| | Binge-Drinking | 766 | 3,9 | 3,33 |
| | Heavy-Using | 321 | 4,3 | 3,74 |
| | Gesamt | 2.177 | 4,1 | 3,56 |
| HADS- Ängstlichkeit | kein Binge-Drinking | 1.092 | 6,7 | 4,07 |
| | Binge-Drinking | 770 | 6,2 | 3,91 |
| | Heavy-Using | 321 | 6,2 | 4,04 |
| | Gesamt | 2.183 | 6,4 | 4,01 |
| B-L | kein „Binge-Drinking“ | 1.021 | 17,4 | 11,85 |
| | „Binge-Drinking“ | 720 | 14,8 | 10,52 |
| | Heavy-Using | 289 | 14,7 | 10,22 |
| | Gesamt | 2.030 | 16,1 | 11,24 |

Die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Trinkmenge und klinischer Symptomatik in Bezug auf Depressivität, Ängstlichkeit und/oder Somatisierung besteht, kann demnach wie folgt beantwortet werden: Auf Grundlage der Trinkmenge und der daraus resultierenden Zugehörigkeit zu einer der Konsumkategorien kann kein Zusammenhang zur psychischen Belastung aufgezeigt werden. Somit scheint die konsumierte Menge kein aussagekräftiger Faktor in Bezug auf die Bestimmung der psychischen Gesundheit zu sein. Vielmehr zeigte sich die Art und Weise des Alkoholkonsums als beeinflussende Größe; so konnte nachgewiesen werden, dass die Teilnehmer psychisch am unauffälligsten waren, die „gelegentlich“ (nicht öfter als viermal pro Monat) Binge-Drinking betrieben.

6. DISKUSSION

In der vorliegenden Arbeit wurde insbesondere die psychische Gesundheit von Studierenden der Technischen Universität Braunschweig (TU Braunschweig), der Hochschule für Bildende Künste Braunschweig (HBK Braunschweig) sowie der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel (FH BS/WF) untersucht. Im Mittelpunkt des Interesses standen dabei Merkmale wie Häufigkeiten psychischer Erkrankungen, Geschlechterunterschiede und eventuelle Zusammenhänge mit Studienbedingungen sowie Alkoholkonsum.

6.1 Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit denen der vorangegangenen Studie der Jahre 2006/2007 an Braunschweiger Studierenden von Hammerschmidt und Heine (2008) verglichen. Außerdem werden Bezüge zu Prävalenzraten psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung hergestellt. Im zweiten Abschnitt werden Vergleiche mit anderen deutschen, wie internationalen Studien zur psychischen Gesundheit von Studierenden gezogen. Im dritten Abschnitt werden mögliche Einflussfaktoren, welche auf die psychische Gesundheit wirken könnten, diskutiert und mit den Schlüssen der Untersuchung in Verbindung gebracht. Weiterhin werden die wichtigsten Erkenntnisse der vorliegenden Studien zu Alkoholkonsum und psychischen Störungen diskutiert. Zum Schluss werden Einschränkungen der Untersuchung sowie Forschungsperspektiven zu weiterführenden Fragen dargelegt.

6.1.1 Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung sowie der vorausgegangenen Arbeit

VERGLEICH MIT DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

Vergleicht man die erhobenen Daten bezüglich der *depressiven Symptomatik* der vorliegenden Studie mit denen repräsentativer Erhebungen in der Gesamtbevölkerung, offenbarte sich kein Unterschied zur studentischen Stichprobe. Geht man in der Allgemeinbevölkerung von einer Punktprävalenz der Major Depression zwischen 3%

bis 7% (Berger & van Calker, 2008) aus, entspricht dies dem Ergebnis der Arbeit mit einer Quote von 6,8% der 2266 Befragten. Nimmt man Ergebnisse von Wittchen und Jacobi (2006) als Vergleichsgrundlage (bezogen auf eine 12-Monats-Prävalenz), so sind in der Altersgruppe der 18 bis 29-Jährigen 9,5% an einer nicht näher spezifizierten Form einer depressiven Störung erkrankt. Bei Fokussierung auf das Vorliegen einer Major Depression (Diagnosen auf Grundlage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen- DSM-IV) konnten in der Altersgruppe 8,0% als erkrankt diagnostiziert werden. Damit zeigte sich bei Betrachtung der altersentsprechenden Vergleichsgruppe eine eher etwas geringere Belastung der studentischen Stichprobe. Dabei sind natürlich immer Einschränkungen durch unterschiedliche Messinstrumente sowie zugrundeliegende Zeiträume für die Prävalenzerhebungen zu beachten.

Unerwartete Ergebnisse präsentierten sich hier in der Geschlechterverteilung. Entgegen repräsentativer Studien in der Gesamtbevölkerung, in denen Frauen meist bis zu doppelt so häufig betroffen sind wie Männer, konnte dies in der studentischen Stichprobe nicht gefunden werden. Hier zeigten sich überraschend nur marginale Unterschiede zwischen Männern (6,9%) und Frauen (6,6%) bei Betrachtung der Personen, die nach Beantwortung des Fragebogens im *auffälligen* Bereich lagen. Studentinnen sind somit in der vorliegenden Stichprobe zu einem annähernd gleichen Prozentsatz von Depressionen betroffen wie in der Allgemeinbevölkerung. Dagegen stellten sich die männlichen Befragten deutlich belasteter dar. Ein ähnliches Bild offenbarte sich bei Betrachtung des *grenzwertigen* Depressivitäts-Cluster, in das ebenfalls ein höherer Prozentsatz männlicher Studierender eingeordnet werden kann. Bei Zugrundelegung einer altersentsprechenden Vergleichsgruppe offenbarte sich in der studentischen Stichprobe sogar eine deutlich geringere Belastung. Ergebnissen von Wittchen und Jacobi (2006) zufolge, waren bei den 18 bis 29-Jährigen unter den Frauen 11,5% und bei den Männern 7,5% an irgendeiner depressiven Störung erkrankt. Ein direkter Vergleich ist jedoch schwierig, da es sich in der vorliegenden Studie eher um eine Erhebung der Punktprävalenz handelt, bei Wittchen und Jacobi (2006) im Gegensatz dazu um die Daten einer 12-Monats-Prävalenz.

Zusammenfassend können in der vorliegenden Studie keine signifikanten Geschlechterunterschiede berichtet werden, wobei in der Tendenz die Männer sogar belasteter sind. Dies ist im Hinblick auf Studien in der Allgemeinbevölkerung sehr unerwartet. Das Ergebnis könnte u.a. darauf zurückgeführt werden, dass insbesondere Männer, die Fächer in den Bereichen Mathematik und Informatik sowie der Ingenieurwissenschaften studierten, unerwartet häufig von Depressivität betroffen waren.

Gründe könnten zum Beispiel in einer extremen Belastung von Studierenden dieser Studiengänge liegen, in deren Folge die Entwicklung einer depressiven Symptomatik vorstellbar ist. Es könnten jedoch auch andere Effekte ausschlaggebend sein. Folgt man verschiedenen „Klischee-Vorstellungen“ über Studierende in unterschiedlichen Studiengängen, so kann hier beispielsweise das Bild des Informatikers als oftmals introvertierten, zurückgezogenen Studenten, der nur über wenige soziale Kontakte verfügt, herangezogen werden. Unter diesen Personen, könnte z.B. eine größere Anzahl depressiver Personen vermutet werden. Um einen Zusammenhang in dieser Richtung postulieren zu können, müssten weitere Studien unternommen werden, die hier Zusammenhänge untersuchen. Insbesondere müsste hier dann auch eine Diagnostik von Persönlichkeitsvariablen angestrengt werden. Insgesamt ist dies Ergebnis jedoch sehr unerwartet, zeigte es doch eine Belastung bei einer Gruppe von Studenten, bei denen es nicht zwingend zu erwarten gewesen ist.

Unterstützend eröffnete der Bildungsbericht der Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) aus dem Jahr 2006, dass insbesondere im Bereich der Informatik etwa 50% der Studierenden das Studium abgebrochen haben. Eine weitere Hypothese könnte sein, dass im studentischen Kontext ein anderes Rollenbild als in der Allgemeinbevölkerung vertreten wird. So könnte davon ausgegangen werden, dass sich die „klassische Männerrolle“ hier dahingehend verändert, dass die Bereitschaft zum authentischen und/oder offeneren Umgang mit depressiven Symptomen größer ist. Dies könnte durch eine Studienstruktur begünstigt werden, in der beispielsweise auch Studenten der Ingenieurwissenschaften im Rahmen ihrer Ausbildung sozialwissenschaftliche Nebenfächer besuchen müssen, welche nicht klassisch zu ihrem Feld gehören und somit eine Öffnung des Horizonts erfah-

ren können. Die Erweiterung des Wissens könnte zu einer reflektierten, weniger abwertenden Haltung führen.

Generell wird begonnen, die höhere Belastung von Frauen bezüglich depressiver Erkrankungen einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Findet man in fast allen Studien eine zwei bis drei Mal häufigere Erkrankung des weiblichen Geschlechts, kann über die Gründe nur spekuliert werden. Nach Möller-Leimkühler, Paulus und Heller (2007) können zumindest soziologische Ursachen vermutet werden. Hier verweisen sie u.a. auf eine geringere Doppelbelastung der Männer mit Beruf und Familie, ein geringeres Körperbewusstsein, eine höhere Symptomtoleranz sowie ein Zusammenhang zur gesellschaftlichen Rolle die Männer vertreten. Als Gegenargumente formulieren Möller-Leimkühler et al. (2007) jedoch, dass es sich um Unterschiede im Hilfe-suchverhalten, dysfunktionalerer Stressverarbeitungsprozesse sowie einen „gender-bias“ handeln könne (vgl. auch Möller-Leimkühler, 2008; 2000; Wolfersdorf et al., 2006). Frauen würden eher diagnostiziert werden, u.a. da es Hinweise darauf gibt, dass sich Depressionen bei Männern mit anderer Symptomatik zeigen. So seien sie zu Beginn der Erkrankung eher gereizt, aggressiv, würden vermehrt zu Suchtmitteln als Selbstmedikation greifen. Eventuell zeigen die hohen Prävalenzen bei Männern bezüglich depressiver Symptomatik in der vorliegenden Untersuchung somit ein realistisches Bild auf. Die vermehrte Sensibilisierung der Gesellschaft gegenüber psychischen Erkrankungen könnte, wie bereits oben ausgeführt, eine Veränderung der Bewertung des eigenen psychischen Gesundheitszustands nach sich ziehen, in dem auch Männer offener damit umgehen können. Um hier jedoch fundierte Aussagen treffen zu können, ist weitere Forschung zu Depressionen bei Männern und eventuell auch bezogen auf eine jüngere Altersgruppe dringend erforderlich.

Bei genauerer Betrachtung, hier in Form eines *klinischen Interviews*, zeigte sich, dass von den insgesamt 72 Teilnehmern immerhin 13 Personen (18%) Symptome angaben, die im Sinne einer Major Depression interpretiert werden können. Dies übersteigt die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung in einem überraschenden Ausmaß. Dabei muss jedoch der Umstand Beachtung finden, dass vornehmlich Personen zum Interview erschienen, die eine höhere Symptomstärke in der Online-Befragung angaben. Trotzdem offenbaren diese Zahlen eine hohe Belastung der Studenten in Bezug auf

depressives Erleben. Über die Ursachen der berichteten enormen Belastungen im klinischen Interview, im Gegensatz zur Online-Befragung, kann allenfalls spekuliert werden. Möglicherweise wies das Messinstrument, welches im Online-Fragebogen verwendet wurde, eine zu geringe Sensitivität auf, so dass Positive nicht als solche erkannt worden sind. Es kann aber auch eine größere Offenheit im Interview ursächlich sein. Unabhängig von der Ursache zeigen die Zahlen, dass es einen großen Handlungsbedarf gibt: Erstens bezüglich weiterer Untersuchungen in der Population der Studierenden und zweitens in der Überlegung, in welcher Form hier Hilfen an die Hand gegeben werden können und müssen. Insbesondere der zweite Punkt erscheint dabei wichtig, da das Vorliegen einer psychischen Erkrankung erhebliche Einbußen in der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit nach sich zieht. Dies ist insbesondere in der Phase der beruflichen Ausbildung, die oft langwierig und kräftezehrend ist, eine Einschränkung, die schwerwiegende Konsequenzen für den weiteren Lebensweg nach sich ziehen kann.

Vergleicht man die ermittelte *Ängstlichkeit* in der Online-Befragung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, so zeigte sich eine höhere Belastung mit Angstsymptomen in der studentischen Stichprobe. Dabei ermittelte das verwendete Screening-Instrument in der Befragung eine auffällig große Prävalenz von 16%. Die Punktprävalenz in der Gesamtbevölkerung beträgt dagegen nur 7% (Angenendt et al., 2008), wobei auch hier, bei Betrachtung eines 12-Monats-Zeitraums, von circa 14% ausgegangen wird (Robert Koch-Institut, 2006). Die Hypothese, dass Frauen häufiger von Ängstlichkeit betroffen sind als Männer, konnte hier bestätigt werden. Dabei enthüllte sich jedoch ein erheblicher Unterschied in Form einer hohen Quote im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung. Männer befanden sich zu 11,7% und Frauen zu 21,4% bei der Erhebung der Ängstlichkeit im auffälligen Bereich.

Der *Vergleich mit der Gesamtbevölkerung* kann hier nur deskriptiv erfolgen. Es finden sich jedoch in beiden Populationen spezifische Phobien am häufigsten. Bei Betrachtung der Quote der Generalisierten Angststörung (GAS) sollte beachtet werden, dass diese Angststörung lange Zeit wenig Beachtung fand und in vielen Untersuchungen darauf hingewiesen wird, dass von einer relativ hohen „Dunkelziffer“ ausgegangen werden kann, was sich in der vorliegenden Studie abzubilden scheint. Eine Vermu-

tung über das Zustandekommen der hohen Prävalenz von Angstsymptomen ist, dass sich beispielsweise Konstrukte wie Prüfungsängste nicht gesondert abbilden lassen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diesbezügliche (Angst-)Symptome eine große Überschneidungsmenge mit anderen, operationalisierten, Angststörungen haben. Weiterhin kann die Annahme getroffen werden, dass die körperlichen Korrelate, die sich in einer Prüfungsangst oder Versagensangst präsentieren würden, sich ähnlich denen anderer Ängste darstellen. Viele Studierende berichteten von großem Stress, hohen Anforderungen, die sie wenig zur Ruhe kommen lassen.

Ein weiterer Grund der hohen Belastung könnte in den Veränderungen der Studienstruktur im Zuge der Bologna-Beschlüsse zur Hochschulreform gesucht werden. Hier sind die Studierenden bereits zu Beginn des Studiums bezüglich des Erbringens von Leistungen in einem höheren Maß gefordert, als dies vorher der Fall war. Viele Studenten berichten über verstärkten Druck, immensen Arbeitsaufwand und Konkurrenzdenken untereinander, da nicht alle einen weiterführenden Masterstudien-gang besuchen können. Eben solche Rahmenbedingungen könnten als Auslöser für Angstsymptome vermutet werden. Vielleicht sollte diese Art der psychischen Belastung Gegenstand weiterer Untersuchungen sein, um hier differenziertere Ergebnisse zu erhalten und spezifische Marker finden zu können.

Immerhin 27,8% der Studenten gaben *somatische Beschwerden* an, wobei sich die hier die erwarteten Geschlechterunterschiede abbildeten. Dies ist eine deutlich erhöhte Anzahl, wenn man diese mit repräsentativen Studien der Allgemeinbevölkerung vergleicht. Die Zahlen sind natürlich mit Vorsicht zu interpretieren, u.a. da viele der Symptome in der verwendeten Beschwerde-Liste (v. Zerssen, 1976) in der Online-Befragung auch in das Beschwerdebild einer Angststörung oder einer depressiven Erkrankung mit somatischem Syndrom integriert sein könnten und somit nicht in jedem Fall als „eigene“ Störung betrachtet werden können. Interessant war, dass es im klinischen Interview keine Angaben gab, die Hinweise auf eine Schmerzstörung gegeben hätte, welche immerhin die häufigste Erkrankung dieses Spektrums darstellt. Das könnte eventuell dem geringen Alter der Befragten geschuldet sein. Insgesamt offenbarten sich hier kaum Diagnosen, die dem hohen Auftreten somatischer Beschwerden als eigenständige Erkrankungen Rechnung tragen würden. Eine andere

Möglichkeit wäre, dass die Studenten auftretende körperliche Symptome im Interview nicht erwähnenswert fanden, da sie eine somatische Ursache annahmen und sie deshalb als nicht relevant für eine Befragung über psychische Beschwerden ansahen. Trotz allem kann von einer hohen körperlichen Belastung unter Studierenden ausgegangen werden. Eine weitere Annahme wäre, dass die somatischen Belastungen in den Bereichen der Depressivität und Ängstlichkeit aufgehen, da in beiden Bereichen ein Symptomkomplex körperlicher Beschwerden typisch ist. Auch hier lassen sich natürlich keine Aussagen über Wirkungszusammenhänge treffen. Unklar ist, ob die körperlichen Symptome mit Einstieg in das universitäre Leben zunahmen oder ob sie bereits vorher bestanden. Folgt man der Untersuchung von Brunner und Bachmann (1999), nach der sich Studierende zu Beginn des Studiums als gesünder wahrnahmen als gegen Ende, so könnte auch in Deutschland ein Zusammenhang zwischen Dauer des Studiums und der Gesundheitswahrnehmung vermutet werden. Weitere Untersuchungen bezüglich Veränderungen im zeitlichen Verlauf wären hier wichtig, um detailliertes Wissen zu erlangen.

Wenn man davon ausgeht, dass das studentische Leben durch viele Faktoren einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat und zu einer depressiven Erkrankung oder einer Angststörung führt, so kann man natürlich auch von einem Einfluss auf die körperliche Gesundheit ausgehen. So äußern sich langfristige Stressfolgen auf körperlicher Ebene in organischen, aber auch psychosomatischen Beschwerdebildern, wie etwa durch Magenschmerzen, Herz-Kreislaufproblemen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen etc. (vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege, 2006). Wichtig wäre die Entwicklung weiterhin zu beobachten und Programme zur Prävention oder Verbesserung zu planen und zu installieren, auch vor dem Hintergrund, dass eine eingeschränkte körperliche Gesundheit bzw. eine Vielzahl von Beschwerden sich negativ auf die Leistungsfähigkeit auswirkt. Durch körperliche Einschränkungen werden zudem Bereiche außerhalb des Universitätslebens beeinflusst, wie unter anderem die Gestaltungsmöglichkeiten eines befriedigenden Privatlebens. Da dies aber eine wichtige Ressource darstellt, ist der Handlungsbedarf, bei einer Belastung von fast einem Drittel der Immatrikulierten, durch die Universitäten als dringlich zu betrachten.

VERGLEICH MIT DER ARBEIT VON HAMMERSCHMIDT UND HEINE (2008)

Betrachtet man die Daten bezogen auf *Depressivität*, präsentierte sich das folgende Bild: Zwischen der Online-Studie und der Befragung aus den Jahren 2006/2007 (Hammerschmidt & Heine, 2008) konnten keine signifikanten Unterschiede aufgezeigt werden ($\chi^2[2] = 4,137$; $p = .126$). Jedoch zeigte sich auch hier eine höhere Belastung bei den Teilnehmern der vorliegenden Online-Studie (vgl. Tabelle 40).

Tabelle 40: Vergleich Depressivität Cluster der Braunschweiger Online-Studie (2011) sowie der vorangegangenen Studie (2008)

| | | Depressivität Cluster | | | |
|--|---------|-----------------------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | grenzwertig | auffällig | Gesamt |
| Braunschweiger Online-Studie (2011) | Anzahl | 1.883 | 229 | 154 | 2.266 |
| | Prozent | 83,1% | 10,1% | 6,8% | 100% |
| Studie Hammerschmidt & Heine (2008) | Anzahl | 152 | 10 | 9 | 171 |
| | Prozent | 88,9% | 5,8% | 5,3% | 100% |

In den Kategorien *grenzwertig* sowie *auffällig* sind hier mehr Personen vertreten. Dieses Ergebnis ist jedoch auch aus drei Gründen bezüglich der Vergleichbarkeit als sehr kritisch zu betrachten. Erstens wurden die Daten mit zwei unterschiedlichen Diagnoseinstrumenten erhoben (BDI in der vorangegangenen Studie (2008); HADS-D in der Braunschweiger Online-Befragung, 2011). Zweitens wurde der Vergleich der Daten auf Grundlage einer sehr geringen Zellenbesetzung bei der Studie 2006/2007 (Hammerschmidt & Heine, 2008) angestellt. Und drittens handelt es sich bei der ersten Untersuchung um eine Paper-Pencil-Befragung, wobei in der aktuellen Studie eine Online-Befragung durchgeführt wurde. Inwieweit diese unterschiedlichen Untersuchungsdesigns vergleichbar sind, ist fraglich.

Vergleicht man die Daten der vorliegenden Arbeit mit den Ergebnissen der Studie von Hammerschmidt und Heine (2008), so zeigte sich, dass in der Online-Untersuchung ein größerer Anteil der Teilnehmer, bezogen auf *somatische Beschwerden*, belastet ist. Dieses Ergebnis konnte anhand eines Chi-Quadrat-Tests höchstsigni-

fikant nachgewiesen werden, wenn auch mit sehr geringer Effektstärke ($\chi^2[1]=11,315; p \leq .001, d= .14$) (vgl. Tabelle 41).

Tabelle 41: Vergleich B-L Cluster der Braunschweiger Online-Studie (2011) sowie der vorangegangenen Studie der Jahre 2006/2007 (Hammerschmidt & Heine, 2008)

| | | B-L Cluster | | |
|--|---------|-------------|-----------|--------|
| | | unauffällig | auffällig | Gesamt |
| Online-Studie (2011) | Anzahl | 1.524 | 586 | 2.110 |
| | Prozent | 72,2% | 27,8% | 100% |
| Studie Ham- merschmidt & Heine (2008) | Anzahl | 143 | 27 | 170 |
| | Prozent | 84,1% | 15,9% | 100% |

Fraglich ist hier ebenfalls die Vergleichbarkeit der Daten, da die Studie aus den Jahren 2006/2007 nur auf eine sehr geringe Zellenbesetzung zurückgreifen kann. Es wurde zwar das gleiche diagnostische Instrument verwandt, jedoch einmal in der Paper-Pencil-Version (Studie aus den Jahren 2006/2007; Hammerschmidt & Heine, 2008) sowie in der Braunschweiger Online-Version bei der aktuellen Studie.

Vergleichende Aussagen zur *Angst* können hier nicht getroffen werden, da dies in der vorhergehenden Studie nicht erhoben wurde.

STUDIENZUFRIEDENHEIT

Es zeigten sich keine Unterschiede in der Studienzufriedenheit bei Betrachtung der vorherigen Studie (Hammerschmidt & Heine, 2008) und der vorliegenden Befragung. Dies ist erwähnenswert, da sich die Struktur der Abschlüsse (nächster erreichbarer Abschluss) dahingehend verändert hatte, dass mehr Teilnehmer, die im Rahmen der Umstrukturierung, neu eingeführten Bachelor- und Masterabschlüsse angaben. Dabei kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass Studenten der alten Studienordnungen aus unbekannten Gründen einfach in geringerer Anzahl an der Untersuchung teilnahmen.

6.1.2 Vergleich mit weiteren deutschen und internationalen Studien

Die Daten, die zu einem Vergleich herangezogen werden können, sind rar, da aktuell nur wenige Studien über den psychischen Gesundheitszustand von Studierenden vorliegen. Bei 702 Studierenden (30,3%) der aktuellen Online-Befragung konnte davon ausgegangen werden, dass sie durch mindestens eine psychische Störung belastet waren. Damit zeigten sich die Befragten in einem deutlichen Maß belasteter als die Teilnehmer anderer Studien (vgl. Tabelle 42).

Tabelle 42: Vergleich der Ergebnisse der Braunschweiger Online-Studie (2011) mit denen anderer Untersuchungen

| | n | min. eine psychische Störung | depressive Syndrome | Angst-syndrome | somato-forme Syn-drome |
|---|--------|------------------------------|---------------------|----------------|------------------------|
| Hammerschmidt & Heine (2011) | 2.348 | 30,3% | 6,8% | 16% | 27,8% |
| Bailer et al. (2008) | 1.130 | 22,7% | 17,2%* | | |
| 18. Sozial-erhebung (2007) | 16.590 | 11% | | | |
| Allgöwer et al. (2000) | 650 | 19,1% | 19,1% | 13,1% | |
| Holm-Hadulla et al. (1997) | 342 | 16% | | | |

*9,1% zeigten Kriterien für eine Major Depression, weitere 8,1% für andere depressive Syndrome

Auch hier wurden psychische Belastungen meist in den Bereichen Depressivität, Angst, Substanzmissbrauch und somatoformen Beschwerden erhoben. Andere Studien hingegen beziehen sich auf Bereiche wie Arbeitsschwierigkeiten, interpersonelle Beeinträchtigungen, Müdigkeit, Reizbarkeit etc. (vgl. Kurth et al., 2007; Holm-Hadulla et al., 1995; Ziolko, 1969; Goldschmidt, 1969; Wöller, 1978, zitiert nach Holm-Hadulla et al., 1997; Krüger et al., 1986). Dies schränkt die Vergleichbarkeit dahingehend ein, dass es sich bei diesen Variablen nicht um klinische Konstrukte handelt. Auf der anderen Seite gehen ihre Inhalte natürlich in klinischen Syndromen und abgrenzbaren Störungsbildern auf. Des Weiteren ist die Vergleichbarkeit der Studien fraglich, da in keiner der zum Vergleich vorliegenden Studien identische diagnostische Instrumente verwandt wurden. Es ist jedoch allen Untersuchungen die Tatsache gemein, dass sich die psychische Belastung von Studierenden in Deutschland auf einem hohen Niveau bewegt. Zum Teil konnten Studien wiederholt aufzeigen, dass Studenten höher belastet sind als die Allgemeinbevölkerung.

Um verlässliche Daten bezüglich der psychischen Gesundheit in möglichst allen Störungsbereichen zu erlangen, sind weitere repräsentative Studien dringend notwendig. Insbesondere sollte Beachtung finden, dass sich diese Untersuchungen nicht nur auf ausgewählte Studiengänge beziehen. Dies stellt ein weiteres Problem in der Vergleichbarkeit dar. Es existieren einige Studien mit dem Fokus auf der psychischen Befindlichkeit von Medizinstudenten und -studentinnen (vgl. Seliger & Brähler, 2007; Kurth et al., 2007; Dahlin, Joneborg & Runeson, 2005; Dinkel, Berth & Balck, 2004; Aktekin et al., 2001). Dabei erscheint jedoch die Übertragung auf weitere Studiengänge fraglich, da an Medizinstudenten oft andere Anforderungen als an Studierende anderer Studiengänge gestellt werden. Auf der anderen Seite kann davon ausgegangen werden, dass sich die Belastungen auf ähnliche Bereiche beziehen. Jedoch kann hier von einem dringenden Handlungsbedarf ausgegangen werden. So gaben in einer Studie von Kurth et al. (2007) 60% der Medizinstudenten an, unter den hohen bis sehr hohen Arbeitsbelastungen zu leiden. In der Sonderauswertung der 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks von Hahne (1999) beklagten ein Fünftel aller Studenten eine erhebliche Beeinträchtigung in ihrer Studierfähigkeit durch psychische Probleme.

Wagt man einen Vergleich mit Studienergebnissen aus dem europäischen Ausland, so zeigen sich hier insbesondere österreichische Studenten mit 3,2% von psychischen Erkrankungen als tendenziell geringer betroffen (vgl. Wroblewski et al., 2007).

6.1.3 Mögliche Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit

Seit den 1980er- Jahren rücken zunehmend psychische Belastungen und Beanspruchungen im Arbeitsumfeld in das Blickfeld von Untersuchungen. Dabei wird *psychische Belastung* als „die Gesamtheit der erfassbaren Einflüsse definiert, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken“ (vgl. DIN Norm Nr. 33405, zitiert nach Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege, 2006, S. 8). *Psychische Beanspruchung* stellt dagegen die individuelle und unmittelbare Auswirkungen dar, in Abhängigkeit von Voraussetzungen im Individuum (vgl. DIN Norm Nr. 33405, zitiert nach Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege, 2006, S. 8). Die Annahme ist hierbei, dass erst nach Überschreitung einer der

Person innewohnenden Grenze eine Gesundheitsgefährdung eintritt. Obwohl hier als kleinste Einheit vom Individuum ausgegangen werden muss, zeigen sich jedoch auch Stressoren, bei denen von einem Einfluss auf Kohorten ausgegangen werden kann (natürlich mit individuellen Auswirkungen von Person zu Person).

Als ein wichtiger möglicher Einflussfaktor in Bezug auf die psychische Gesundheit Studierender kann die *Studienzufriedenheit* angenommen werden. Hier zeigten sich höchstsignifikante Zusammenhänge zwischen klinischer Symptomatik und Somatisierungssymptomen. Auch Personen, die Angst- und Depressionsauffälligkeiten aufwiesen, äußerten vermehrt Unzufriedenheit mit den Studienbedingungen. Dabei kann keine Aussage über die Richtung des Wirkungszusammenhangs getroffen werden. Im Zuge der Umstrukturierungen an Hochschulen erscheint jedoch hier weitere Forschung über Wirkrichtungen notwendig. Die Umstellung auf Bachelor- und Masterstudiengänge zieht einen veränderten Studienrahmen nach sich. Durch stärker strukturierte Semester-Stundenpläne, häufigere Prüfungsleistungen sowie massierten Termin- und Konkurrenzdruck stellen sich den Studierenden andere Anforderungen, als dies oftmals vor der Reform der Universitäten der Fall gewesen ist. Um hier mögliche negative Folgen der Umstrukturierungsmaßnahmen zu vermeiden bzw. nötige Änderungen durchsetzen zu können, wäre zeitnahe Forschung notwendig. Man könnte hier von einem „*Circulus virtiosus*“ sprechen: Eine hohe Belastung geht mit psychischen Symptomen einher, in dem wenig Zeit für stabilisierende Ressourcen außerhalb der Universität bleibt. Die psychische Belastung wirkt sich auf der anderen Seite wieder auf die Belastbarkeit aus.

Auch die Belastung durch *finanzielle Belange* sollte in diesem Zusammenhang Beachtung finden. Es zeigte sich, dass die Befragten, die im Interview angaben, Probleme mit den Studiengebühren zu haben, auch in einem höheren Maß durch psychische Störungen belastet waren. Über die Richtung des Zusammenhangs kann hier jedoch keine empirisch begründete Aussage gemacht werden. Es kann jedoch vermutet werden, dass Studiengebühren, wenn diese als großes Problem hinsichtlich deren Aufbringens und Erarbeitens erlebt werden, einen Risikofaktor für die Ausbildung einer psychischen Störung darstellen könnten. Auswirkungen der Erhebung von Studiengebühren auf das Studienverhalten, der Aufnahme eines Studiums und de-

ren Finanzierung konnten auch Heine et al. (2008) feststellen. Probleme in der Finanzierung und in Folge das vermehrte Arbeiten neben dem Studium könnten beispielsweise Ängste bezüglich der Verlängerung der Studienzeiten triggern, was seinerseits, wie in einem Teufelskreis, höhere Studienzeiten bedeuten könnte. Weiterhin könnte es sich auf den subjektiv empfundenen Druck auswirken, Prüfungen erfolgreich bestehen zu müssen sowie viele Seminare besuchen zu müssen, um hier keine Verlängerungen zu erwirken. Erhöhter Druck kann seinerseits zu somatischen wie auch Angstsymptomen führen. Es kann aber auch ein Zusammenhang mit depressiver Symptomatik vermutet werden, da Zukunftsängsten, einem überhöhten Leistungs- und Anspruchsmotiv, Denkschleifen im Sinn von Grübeln sowie negativen Denkmustern Vorschub geleistet wird.

Als ein möglicher Einflussfaktor in Bezug auf depressive Symptomatik zeigte sich in der vorliegenden Studie der *Partnerschaftsstatus*. Personen, die angaben, *noch nie* in einer festen Partnerschaft gelebt zu haben, gaben deutlich häufiger depressive Symptome an. Im Umkehrschluss waren Personen, die in *festen* Partnerschaften lebten, wesentlich weniger betroffen. Dies könnte die Einschätzung vieler Studien bestätigen, dass feste Beziehungen als Resilienzfaktor in Bezug auf psychische Störungen betrachtet werden können. Auf der anderen Seite kann man in einer vorsichtigen Interpretation auch annehmen, dass depressive Personen sich eher sozial zurückziehen und somit ihre Wahrscheinlichkeit, jemanden kennenzulernen, als geringer einzuschätzen ist. Es könnten auch bestimmte Persönlichkeitseigenschaften angenommen werden, die auf der einen Seite die Aufnahme einer Partnerschaft schwieriger gestalten und des Weiteren als Risikofaktor in der Entstehung einer depressiven Erkrankung eine Rolle spielen. Hier müssten weitere Instrumente zur Anwendung kommen, u.a. aussagekräftige, valide Persönlichkeitsinventare. Interessanterweise zeigten sich keine Unterschiede in den Bereichen Somatisierung und Ängstlichkeit.

Entgegen der Annahme, dass Partnerschaft als schützender Faktor angesehen wird, konnten Kurth et al. (2007) in ihrer Studie an Medizinstudenten anderslautende Ergebnisse feststellen. Hier präsentierten sich Personen, die in einer festen Partnerschaft lebten, als höher belastet. Gründe wurden u.a. in der seltener gemeinsam zu verbringenden Zeit vermutet sowie in der geringeren Chance allein „abschalten zu

können“. Somit ist die emotionale Unterstützung ein positiver Faktor, auf der anderen Seite aber auch eine Verpflichtung, die sich kräftezehrend gestalten kann. Interessanterweise zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen den Partnerschaftsstatus und Somatisierung oder Ängstlichkeit.

Betrachtet man weitere familiäre Strukturen, so offenbarten sich keine Unterschiede zwischen Personen mit *Kindern* sowie kinderlosen Teilnehmern. Es scheint also auf den ersten Blick so, als ob – wenigstens in Bezug auf eine depressive Symptomatik – ausschließlich der Partner eine Rolle spielt, nicht aber Kinder. Studieren mit Kind scheint zumindest keine extremen, negativen Auswirkungen zu haben. Eventuell werden hier Hilfsangebote, wie Betreuung oder finanzielle Unterstützung (beispielsweise die Befreiung von Langzeitgebühren), wirksam. Vielleicht ist aber indirekt ein anderer Faktor wirksam. Es kann davon ausgegangen werden, dass Studieren mit Kind eine größere Optimierung und Strukturierung von zeitlichen Ressourcen fordert. Diese könnten sich dahingehend schützend auswirken, dass ein „Zerfließen“ des Alltags, wie es sich unter Depressionen in den meisten Fällen einstellt, nicht so leicht möglich ist. Weiterhin ist Aktivität bezüglich der Betreuung erforderlich. Hier könnten weitere Untersuchungen die Zusammenhänge erschließen, auch um hier nicht erfasste Problembereiche im Rahmen der „Doppelbelastung“ Studium und Familie aufzuzeigen und Hilfsangebote weiter auszudifferenzieren und zu spezifizieren.

Erwähnenswert erscheint der Zusammenhang zwischen *Studiengängen* (bzw. hier Studiengangclustern) und psychischer Belastung. Überraschenderweise zeigte sich eine höhere Belastung mit *depressiven* Symptomen bei Studierenden des Ingenieurwesens sowie der Mathematik und Informatik. Dies ist insofern interessant, da davon ausgegangen werden kann, dass in diesen Studiengängen männliche Studierende überrepräsentiert sind. Im Allgemeinen sind Frauen von affektiven Störungen jedoch in etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer (s.o.). Einige Hypothesen sind bereits oben, im ersten Teil dieses Abschnitts, diskutiert worden. Hier wären weitere detailliertere Untersuchungen von Zusammenhängen bezüglich der vermehrten Auftretenshäufigkeit wichtig. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass kei-

ne Häufung von Angststörungen beobachtet werden konnte. Fraglich ist vor diesem Hintergrund, was die spezifischen Faktoren sind, die hier eine Rolle spielen.

Bei Betrachtung der *Somatisierung* ergaben sich hingegen erwartungskonforme Ergebnisse dahingehend, dass Studenten der Studiengangcluster Sozialwissenschaften sowie der Geistes- und Erziehungswissenschaften in besonderem Maß Belastungen angaben. Vermutet werden könnte hier, dass dies Studiengänge sind, die zu großen Anteilen von Frauen belegt werden, welche etwa doppelt so häufig wie Männer von Störungen aus dem Spektrum der Somatisierungserkrankungen betroffen sind. Die Gründe könnten in einer größeren Empfindsamkeit und Konzentration auf körperliche Symptome gesucht werden. Insgesamt stützen allgemein verwendete Diagnoseinstrumente diese Vorstellung.

Bei Betrachtung der *Studienabschlüsse* im Zusammenhang mit psychischer Befindlichkeit zeigte sich, dass es hinsichtlich *depressiver* sowie *ängstlicher* Auslenkungen keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Abschlüssen gab. Hingegen unterschieden sich diese höchstsignifikant in Bezug auf das Vorliegen von Symptomen aus dem *Somatisierungskomplex*. Hier gaben sowohl die Studierenden des Vordiploms sowie im Studienteil des Hauptdiploms weniger somatische Beschwerden an. Die höchste Belastung gaben Studierende aus den Magisterstudiengängen sowie Bachelor- und Master-Studiengängen an. Erneut könnte dies, bezogen auf Bachelor- und Masterstudenten, durch die Unterschiede in der Studienstruktur begründet sein. Der Leistungsdruck, die Anforderungen und die hohe Arbeitsbelastung könnten sich hier in körperlichen Beschwerden niederschlagen. Detaillierte Ausführungen und Zusammenhänge sind bereits im oberen Teil der Arbeit dargelegt (vgl. u.a. Abschnitt 2.2.1; 2.2.4; 2.2.6). Andere Gründe können in Bezug auf die Magister-Studierenden vermutet werden. Im Verlauf der Umstrukturierung der Hochschulausbildung gehörten diese Studiengänge zu den ersten, die die Bologna-Beschlüsse zur Ausführung brachten. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Neugestaltung der Studiengänge und deren Abschlussregularien zum jetzigen Zeitpunkt bereits weit fortgeschritten ist. Der Abschluss dieser internen Umstrukturierungen und in diesem Zuge des Auslaufens der „alten“ Abschlüsse und Prüfungsmöglichkeiten könnte bei den verbliebenen Magister-Studierenden zu einem erhöhten Stresserleben führen.

Zum Teil kann vermutet werden, dass bereits „Deadlines“ der letzten Prüfungen und Möglichkeiten des Leistungsscheinerwerbs bekannt sind und somit die zeitliche Komponente in einem besonderen Maß als stressauslösend erlebt werden könnte.

Als wichtige Resilienzfaktoren auf die psychische Gesundheit präsentierten sich in Studien an Medizinstudenten, das Vorhandensein von geeigneten Coping-Mechanismen für den Umgang mit schwierigen Studiensituationen (vgl. Wong et al., 2005; Mosley et al., 1994). Obwohl dies nicht weiter an Studierenden anderer Studiengänge untersucht wurde, gibt es aus Sicht der Autorin keine Gründe, dieses Konstrukt nicht auch als globaler geltend anzunehmen. Aus dieser Annahme lassen sich praktische Maßnahmen für die Gestaltung der universitären Infrastruktur ableiten, um hier positiv auf die psychische Gesundheit von Studenten einwirken zu können. Zum Aufbau wirksamer Coping-Mechanismen könnten z.B. Programme zum Umgang mit Stress bzw. zur Stressprävention etabliert werden. Auch könnten Kurse, in denen Strukturierungsmaßnahmen für Prüfungspläne oder die Vermittlung von Lernstrategien oder das Erstellen einer Tagesstrukturierung, hilfreich sein. Weiterhin existieren zwar studentische Beratungsstellen, die als Anlaufstelle u.a. bei psychischen Befindlichkeitsstörungen genutzt werden könnten. Diese scheinen jedoch nicht unbedingt in der Häufigkeit genutzt zu werden, wie dies bei der bestehenden Belastung der Studenten nötig wäre. Fraglich ist hier, ob sich die Möglichkeiten des Erstkontakts zum Hilfesystem dahingehend verändern ließen, so dass mehr Personen dies in Anspruch nehmen würden. Dafür ist eine Stärkung des Problembewusstseins in Bezug auf psychische Belastungen im Studium eine unabdingbare Voraussetzung. Es ist davon auszugehen, dass die zum Teil noch vorherrschende Tabuisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft sich ebenso im universitären Kontext findet. Weitere Präventionsprogramme sollten auf Grundlage von Studien zu spezifischen Belastungsfaktoren bei Studierenden erarbeitet werden. Diesbezügliche Vergleiche mit nationalen sowie internationalen Erfahrungen an anderen Universitäten, positiver wie negativer Natur, könnten hier genutzt werden. Ziel sollte sein, jungen Menschen einen Start ins Berufsleben zu ermöglichen, der nicht schon zu Beginn notwendige Kräftereserven vernichtet und zu Belastungen führt, die sich negativ auf den weiteren beruflichen wie privaten Lebensweg auswirken.

6.1.4 Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und psychischen Störungen

Die Fragestellung, ob ein Zusammenhang zwischen Trinkmenge und psychischer Symptomatik in Bezug auf *Depressivität*, *Ängstlichkeit* und *Somatisierung* besteht, konnte wie folgt beantwortet werden: Auf Grundlage der Trinkmenge sowie der daraus resultierenden Zugehörigkeit zu einer der Konsumkategorien konnte kein Zusammenhang zum Auftreten psychischer Belastungen festgestellt werden. Somit kann die konsumierte Menge nicht als aussagekräftiger Faktor in Bezug auf die Bestimmung der psychischen Gesundheit herangezogen werden. Überlegungen, dass beispielsweise depressive Personen mehr Alkohol konsumieren oder im Rahmen einer Selbstmedikation einsetzen, müssen vor der vorliegenden Datengrundlage zurückgewiesen werden. Interessanterweise zeigten sich Unterschiede bezüglich der Art des Konsumverhaltens. Als psychisch am stabilsten präsentierten sich die Studenten, die einräumten, Binge-Drinking zu betreiben, jedoch nicht häufiger als vier Mal im Monat. Vielmehr konnte die Art und Weise des Alkoholkonsums als beeinflussende Größe ermittelt werden. Dieses könnte die Vermutung nähren, dass Alkoholkonsum beispielsweise mit dem Treffen von Freunden oder ähnlichem vergesellschaftet sein könnte. Wenn die Annahme stimmt, dass Binge-Trinker meist im sozialen Kontext Alkohol konsumieren, könnte hier ein protektiver Faktor in Bezug auf die Ausbildung psychischer Erkrankungen liegen. Dies wäre den Befunden ähnlich, in denen die Personen, die in einer Partnerschaft leben, psychisch am gesündesten waren. Die höchste Quote von psychisch auffälligen Personen in allen drei untersuchten Bereichen zeigte sich bei denen, die kein Binge-Drinking-Verhalten angaben. Ebenfalls zeigten sich die Heavy-User als höher belastet als die Binge-Trinker, jedoch weniger als die, die kein Binge-Drinking betrieben. Diese Ergebnisse sollten jedoch in keinsten Weise dahingehend verstanden werden, dass Binge-Trinken als Konsummuster empfehlenswert wäre. Hier würden andere Konsequenzen, wie beispielsweise die erhöhte Gefahr von Verletzungen unter Alkoholkonsum (vgl. Hammerschmidt, 2011; Hammerschmidt & Heine, 2008) unberücksichtigt lassen, was deren Gefährdungspotential nicht gerecht werden würde.

6.2 Forschungsperspektiven und Einschränkungen der Arbeit

Ein Großteil der Einschränkungen ist bereits im Zuge der Vorstellung sowie Interpretation der Ergebnisse genannt worden. Dabei bezog sich die größte Limitation auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse in Bezug auf die unterschiedlichen Diagnoseinstrumente, die zur Verwendung kamen. Um generalisierbare Aussagen über die psychische Belastung von Studierenden in Deutschland treffen zu können, müssten, neben einheitlichen Diagnoseinstrumenten und Erhebungssituationen, unter anderem eine vergleichbare Struktur von Studiengängen und Fakultäten (o.ä.) vorhanden sein. Auch müsste ein Gleichgewicht zwischen der Anzahl der Studierenden unterschiedlicher Studiengänge vorliegen, was in der vorliegenden Studie nicht geleistet werden konnte. Weiterhin zeigten sich in einem Großteil der Analysen nur geringe Effektstärken, was die Aussagekraft der Ergebnisse einschränkt. In Folgestudien wären validierte Instrumente zur Erhebung der Belastungen durch Studien- oder Langzeitgebühren sowie Resilienzfaktoren hilfreich, um ein detaillierteres Bild zu erschaffen.

Eine weitere Limitation ergibt sich hinsichtlich der durchgeführten klinischen Interviews. Diese wurden von der Autorin selbst sowie Herrn Christian Hammerschmidt, der anhand der vorliegenden Stichprobe eine Dissertation zum Thema Alkoholkonsum unter Studierenden (Hammerschmidt, 2011) verfasste, durchgeführt. Hieraus könnte eine möglicherweise eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse, auf Grund fehlender Objektivität, resultieren. Eine bessere Aussagekraft der Ergebnisse hätte beispielsweise durch ein Rating der Diagnosen (bzw. Ergebnisse des Interviews) durch mehrere Personen erzielt werden können. Aufgrund der Tatsache, dass vornehmlich die Studierenden interviewt worden, die im Online-Fragebogen auffällige Ergebnisse hatten, kann außerdem eine Beurteilungsverzerrung in Richtung des Vergebens einer Diagnose vermutet werden. Dieser Effekt sollte durch die Wahl eines standardisierten Instruments größtmöglich minimiert werden, kann jedoch nicht ausgeschlossen werden. Zur Erreichung einer höheren Objektivität hätte sich ebenfalls der Einsatz von Interviewern empfohlen, die über keine weiteren Vorinformationen bezüglich einer eventuell vorliegenden psychischen Belastung der Probanden informiert gewesen wären.

Trotz aller Einschränkungen zeigen sich interessante Ergebnisse, die Anlass zur weiteren Erforschung der Studierenden geben sollten. Interessante Forschungsperspektiven ergeben sich insbesondere bezüglich der Prävention psychischer Belastungen unter Studierenden.

7. LITERATUR

- Aktekin, M., Karaman, T., Senol, Y. Y., Erdem, S., Erengin, H. & Akaydin, M. (2001). Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical Education*, 35, 12-17.
- Allgöwer, A. (2000). Gesundheitsförderung an der Universität. Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden. Opladen: Leske & Budrich.
- Angenendt, J. (2002). Angststörungen. In H. J. Freyberger, W. Schneider & R.-D. Stieglitz (Hrsg.). *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 119-130). Basel: Karger.
- Angenendt, J., Frommberger, U. & Berger, M. (2008). Angststörungen. In M. Berger (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen Klinik und Therapie* (S. 637-690). München: Urban & Fischer.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders– DSM-IV-TR* (4th edition, Text Revision). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Augustin, R. & Kraus, L. (2005). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51, 29-39.
- Aschenbrenner, K., Aschenbrenner, F., Kirchmann, H. & Straß, B. (2004). Störungen des Essverhaltens bei Gymnasiasten und Studenten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, T1-T13.
- Bachmann, N., Berta, D., Eggli, P. & Hornung, R. (1999). *Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit von Studierenden*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bailer, J., Stübinger, C., Dressing, H., Gass, P., Rist, F. & Kühner, C. (2009). Zur erhöhten Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums bei Studierenden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59 (9/10), 376-379.
- Bailer, J., Schwarz, D., Witthöft, M., Stübinger, C. & Rist, F. (2008). Prävalenz psychischer Syndrome bei Studierenden einer deutschen Universität. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 58, 423-429.

- Bargel, T., Ramm, M. & Multrus, F. (2008). *Studiensituation und studentische Orientierungen. 10. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen.* [www document]. Verfügbar über: http://www.bmbf.de/pub/studiensituation_studentetische_orientierung_ze hn.pdf [Zugriffsdatum: 20.09.2010].
- Basten, M., Florin, I., Tuschen, B., Wessels, R., Hübner, I. Bossong, A. & Schmidt, S. (1994). Psychische Symptome und körperliche Gesundheit im vereinten Deutschland: Eine Ost-West-Vergleichsuntersuchung an einer studentischen Stichprobe. *Verhaltenstherapie*, 4, 90-95.
- Benton, S.A., Robertson, J.M., Tseng, W.-C., Newton, F.B. & Benton, S.L. (2003). Changes in Counseling Center Client Problems Across 13 Years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 66-72.
- Berger, M & van Calker, D. (2008). Affektive Störungen. In M. Berger (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen Klinik und Therapie* (S. 541-636). München: Urban & Fischer.
- Berk, L. E. (2005). *Entwicklungspsychologie*. 3., aktualisierte Auflage. München: Pearson.
- Birnbaum, M. H. (2004). Human research and data collection via the internet. *Annual Review of Psychology*, 55, 803-832.
- Bjorksten, O., Sutherland, S., Miller, C. & Steward, T. (1983). Identification of Medical Student Problems And Comparison with Those of Other Students. *Journal of Medical Education*, 58, 759-767.
- Bohleber, W. (1996). *Adoleszenz und Identität*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung*. Göttingen: Hogrefe.
- Brandstätter, H. & Farthofer, A. (2003). Einfluss von Erwerbstätigkeit auf den Studienerfolg. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 47, 134-145.
- Brunner, S. & Bachmann, N. (1999). Psychische und physische Gesundheit im Verlauf des Studiums. In N. Bachmann, D. Berta, P. Eggli & R. Hornung. *Macht Studieren krank?* (S. 77-92) Bern: Hans Huber.

- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R. & Buddeberg, K. (2005). Stress at Work and Well-being in Junior Residents - Arbeitsstress und gesundheitliches Wohlbefinden junger Ärztinnen und Ärzte. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 163-178.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2010) *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006*. 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschulinformationssystem – Ausgewählte Ergebnisse. [www document]. Verfügbar über: <http://www.studentenwerke.de/se/2010/Kurzfassung19SE.pdf> [Zugriffsdatum: 26.0.2010].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2007) *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006*. 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschulinformationssystem – Ausgewählte Ergebnisse. [www document]. Verfügbar über: <http://www.studentenwerke.de/pdf/Kurzfassung18SE.pdf> [Zugriffsdatum: 15.07.2008].
- Bündnis gegen Depression (2006). *Geschlecht und Depression*. [www document]. Verfügbar über: <http://www.buendnis-depression.at/Geschlecht-und-Depression.197.0.html>. [Zugriffsdatum: 27.08.2009].
- Carson, A., Dias, S., Johnston, A. (2000). Mental health in medical students. A case control study using 60 items General Health Questionnaire. *Scottish Medical Journal*, 45, 115-116.
- Carter, A.C., Obremski Brandon, K. & Goldman, M.S. (2010). The College and Noncollege Experience: A Review of the Factors That Influence Drinking Behavior in Young Adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (5), 742-750.
- Chrisholm, L. & Hurrelmann, K. (1994). Adolescence in modern Europe. Pluralized transition patterns and their implications for personal and social risk. *Journal of Adolescence*, 18, 129-158.
- Dahlin, M. Joneborg, N. & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education*, 39, 594-604.

- Davison, Neale & Hautzinger (Hrsg.) (2007). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim: Beltz.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Dritte korrigierte Auflage. Bern: Huber.
- Dinkel, A., Berth, H., Exner, W., Rief, W. & Balck, F (2003). Psychische Symptome bei Studentinnen in Ost- und Westdeutschland: Eine Replikation nach 10 Jahren. *Verhaltenstherapie*, 13, 184-190.
- Dinkel, A., Berth, H. & Balck, F. (2004). Prävalenz psychischer Beschwerden und problematischen Essverhaltens bei weiblichen und männlichen Medizinstudierenden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 2, 137-149.
- Dowdall, G. W. & Wechsler, H. (2002). Studying College Alcohol Use: Whittening the Lense, Sharpening the Focus. *Journal of Studies on Alcohol*, Supplement 14, 14-22.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D., Eacker, A., Harper, W., Durning, St., Moutier, Ch., Szydlo, D. W., Novotny, P. J., Sloan, J. A. & Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Annals of Internal Medicine*, 149, 5, 334-342.
- Dyrbye, L., Thomas, M. R. & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic Review of Depression, Anxiety, and other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine*, 81, 4, 354-373.
- Ehler, U. (2006). Psychoendokrinologie der Angst. *Psychologische Rundschau*, 57, 165-175.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-137.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle. Part One. PSYCHOLOGICAL ISSUES. New York: International Universities Press.

- Fallersleben, Hoffmann von (1842). *Ist ein Leben auf der Welt*. [www-document]. Verfügbar über <http://www.volksliederarchiv.de/text1936.html> [Zugriffsdatum: 24.05.2011].
- Flögel, T. (2005). *Hochschulpsychiatrie*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Fischer, L. & Minks, K.-H. (2008). *Acht Jahre nach Bologna – Professoren ziehen Bilanz. Ergebnisse einer Befragung von Hochschullehrern des Maschinenbaus und der Elektrotechnik*. HIS: Forum Hochschule, 3.
- Gaebel, W. (2002). Schizophrenien und wahnhafte Störungen. In H. J. Freyberger, W. Schneider & R.-D. Stieglitz (Hrsg.). *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 82-99). Basel: Karger.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2009). *Durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren je Person. Gliederungsmerkmale: Zeitraum, Region, Alter, Geschlecht*. [www-document]. Verfügbar über http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_302&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_332&D.001=1000001&D.003=43 [Zugriffsdatum: 13.04.2009].
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2008). *Depression* Kapitel 1.2.3.1 [Gesundheit in Deutschland, 2006]. [www-document]. Verfügbar über: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc abr test logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=10406::Depression#m53 [Zugriffsdatum: 13.10.2008].
- Greve, W. (2000). Das erwachsene Selbst. In W. Greve (Hrsg.). *Psychologie des Selbst* (S. 96-114). Weinheim: Beltz.
- Goldschmidt, D. (1969). Die objektive Studiensituation der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland. In H.-U. Ziolko (Hrsg.). *Psychische Störungen bei Studenten* (S. 51-66). Stuttgart: Georg Thieme.
- Guthrie, E.A., Black, D. & Shaw, C.M. (1995). Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first medical students. *Medical Education*, 29, 337-341.

- Haden, T.L. & Edmundson, E.W. (1991). Personal and social motivations as predictors of substance use and alcohol-related problems among college students. *Journal of Drug Education*, 21, 303-312.
- Hahne, R. (1999). *Studium und psychische Probleme. Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks*. Dt. Studentenwerk: Bonn.
- Hamm, A. O., Weike, A. I. & Melzig, Ch. A. (2006). Wenn Furcht und Angst entgleisen. Zur Pathologie des menschlichen Defensivsystems. *Psychologische Rundschau*, 57, 154-164.
- Hammerschmidt, C. (2011). „*Gaudeamus igitur?*“ – Prävalenz und Einflussfaktoren auf den Alkoholkonsum von Studierenden. Unveröffentlichte Dissertation: Technische Universität Braunschweig.
- Harriot, J. S. & Ferrari, J. R. (1996). Prevalence of procrastination among samples of adults. *Psychological Reports*, 78, 611-616.
- Haug, H.-J. & Ahrens, B. (2002). Affektive Störungen. In H. J. Freyberger, W. Schneider & R.-D. Stieglitz (Hrsg.). *Kompandium Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 100-118). Basel: Karger.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Testhandbuch. Liebefeld-Bern: Huber.
- Hays, L.R., Cheever, T. & Patel, P. (1996). Medical student suicide, 1989-1994. *American Journal of Psychiatry*, 153, 553-555.
- Heine, C., Quast, H. & Spangenberg, H. (2008). *Studiengebühren aus der Sicht von Studienberechtigten. Finanzierung und Auswirkungen auf Studienpläne und -strategien*. HIS: Forum Hochschule. [www-document]. Verfügbar über <http://www.stura.tu-chemnitz.de/doc/Studienberechtigte0506.pdf> [Zugriffsdatum: 29.08.2010].
- Helmer, S., Mikolajczyk, R., Meier, S. & Krämer, A. (2010). Drogenkonsum von Studierenden – Ergebnisse des Gesundheitssurveys NRW. *Public Health Forum*, 18, (2), 21.e1-21.e3.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (2005). *Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version*. 2. Auflage. Göttingen: Huber.

- Herzog, D.B., Borus, J.F. & Hamburg, P. (1987). Substance use, eating behaviors and social impairment of medical students. *Medical Education*, 62, 651-657.
- Hiller, W. & Rief, W. (2008). Somatoforme Störungen. In M. Berger (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen Klinik und Therapie* (S. 769-787). München: Urban & Fischer.
- Hofer, M. & Pikowsky, B. (2002). Familie mit Jugendlichen. In M. Hofer, E. Wild & P. Noack. *Lehrbuch Familienbeziehungen* (S. 241-264). Göttingen: Hogrefe.
- Hohagen, F. & Kordon, A. (2008). Zwangsstörungen. In M. Berger (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen Klinik und Therapie* (S. 691-714). München: Urban & Fischer.
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F.-H., Sperth, M. & Funke, J. (2009). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. Vergleich von Feldstichproben mit Klienten und Patienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Psychotherapeut*, 54, 346-356.
- Holm-Hadulla, R. (1994). Psychotherapeutische Beratung und Behandlung von Studierenden im Rahmen der psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 44, 15-21.
- Holm-Hadulla, R. & Soeder, U. (1997). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 47, 419-425.
- Hornung, R. (1999). Leben an der Hochschule: eine Einführung in den Problem- und Forschungsbereich. In N. Bachmann, D. Berta, P. Eggli & R. Hornung. *Macht Studieren krank?* (S. 11-16) Bern: Hans Huber.
- Hornung, R. & Fabian, C. (2001). Belastungen und Ressourcen im Studium. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden* (S. 133-157). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jacobs, B. (2005). *Einführung in die Versuchsplanung*. [www document] verfügbar über: <http://www.phil.uni-sb.de/~jakobs/seminar/vpl/index.htm> [Zugriffsdatum: 19.06.2011]

- Jamrozinski, K., Kuda, M. & Mangholz, A. (2009). Langzeitstudierende als Klienten psychotherapeutischer Beratung. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 59, 370-375.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., & Bachman, J.G. (2000). *National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future study, 1975-1999, Vol. 2*. Bethesda: National Institute on Drug Abuse.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. & Schulenberg, J.E. (2009). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2008 Volume II: College Students and Adults Ages 19-50*. Bethesda: National Institute on Drug Abuse.
- Jurkat, H. B., Richter, L., Cramer, M., Vetter, A., Bedau, S., Lewehe, F. & Milch, W. (2011). Depressivität und Stressbewältigung bei Medizinstudierenden. Eine Vergleichsuntersuchung des 1. und 7. Fachsemesters Humanmedizin. *Der Nervenarzt*, 82, 646-652.
- Khaylis, A., Trockel, M. & Taylor, C. B. (2009). Binge drinking in women at risk for developing eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 5, 409-414.
- Keniston, K. (1968). *Young radicals*. New York: Harcourt.
- Krampen, G. & Reichle, B. (2002). Frühes Erwachsenenalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie* (S. 319- 349). Weinheim: Beltz.
- Kropat, C. (2010). Prokrastination im Studium – Hilfe bei „Aufschieberitis“. Projekt „Endspurt“ an der Universität Bielefeld. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 42, 1035-1042.
- Krüger, J. (1969). Die sozialen Bestimmungsgründe der studentischen Universitätskritik. In H.-U. Ziolko (Hrsg.). *Psychische Störungen bei Studenten* (S. 28-37). Stuttgart: Georg Thieme.
- Krüger, H. J., Steinmann, I., Stetefeld, G., Polkowski, J. & Haland-Wirth, T. (1986). *Studium und Krise. Eine empirische Untersuchung über studentische Belastungen und Probleme*. Frankfurt am Main: Campus.

- Kurth, R. A., Klier, S., Pokorny, D., Jurkat, H. B. & Reimer (2007). Studienbezogene Belastungen, Lebensqualität und Beziehungserleben bei Medizinstudenten. *Psychotherapeut*, 52, 355-361.
- Lakatos, A. (2007). Zwangsstörungen. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 273-283). München: CIP-Medien.
- Laufer, M. (1988). Zusammenbruch der Entwicklung im Adoleszenzalter und Ziele der therapeutischen Behandlung. In: D. Bürgin (Hrsg.) *Beziehungskrisen in der Adoleszenz*. Bern, S. 67-78.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2001). Spätadoleszenz – Ein biographischer Kristallisationspunkt? Versuch einer pluralistischen, modellzentrierten Annäherung an spätadoleszente Entwicklungsprozesse. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden* (S. 14-39). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Margraf, J. (1994). *Mini-DIPS. Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen*. Handbuch, Interviewleitfaden. Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2003). Angst und Angststörungen. In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.). *Angstdiagnostik* (S. 3-30). Berlin: Springer.
- Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. (1974). The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 130, 1121-1123. [www document]. Verfügbar über: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/short/131/10/1121> [Zugriffsdatum: 15.07.2008].
- Moeller, M. L. & Scheer, J. (1974). *Psychotherapeutische Studentenberatung. Probleme der Klienten – Problematik der Institution*. Stuttgart: Thieme.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2008). Depression – überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männern? *Der Gynäkologe*, 41, 381-388.
- Möller-Leimkühler A. M., Paulus, N.-C. & Heller, J. (2007). "Male depression" in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer. Risiko und Symptome. *Der Nervenarzt*, 78, 641-650.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2000). Männer und Depression: geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 68, 489-495.

- Mosley, T.H., Perrin, S.G. & Neral, S.M. (1994). Stress coping and well-being among third-year medical students. *Academic Medicine*, 69, 765-767.
- Munsch, S., Schneider, S. & Margraf, J. (2007). Panikstörungen und Agoraphobie. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 231-240). München: CIP-Medien.
- Nusko, M. (2001). Verlängerte Adoleszenzkrise. Rekonstruktion eines Therapieverlaufs. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden* (S. 113-132). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Olbrich, H. M., Leucht, S., Fritze, J., Lanczik, M. H. & Vauth, R. (2008). Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In M. Berger (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen Klinik und Therapie* (S. 459-540). München: Urban & Fischer.
- Oxtoby, R. (1969). The Influence of Emotional Factors on Students Academic performance at University: Recent research in Great Britain. In H.-U. Ziolko (Hrsg.). *Psychische Störungen bei Studenten* (S. 38-50). Stuttgart: Georg Thieme.
- Paeßens, D. (2004). *Komorbidität bei Studierenden: Eine empirische Analyse zu problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen im Studium*. [www document]. Verfügbar über: <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2005/531/pdf/DPaessens.pdf> [Zugriffsdatum: 30.07.2008].
- Papastefanou, C. & Buhl, H. M. (2002). Familie mit Kindern im frühen Erwachsenenalter. In M. Hofer, E. Wild & P. Noack. *Lehrbuch Familienbeziehungen* (S. 265-289). Göttingen: Hogrefe.
- Pascarella, E.T. & Terenzini, P.T. (1991). How college affects students. San Francisco: Josey-Bass.
- Pauly, A. (2004). *Lustig ist das Studentenleben – Suchtverhalten im Studium*. [www document]. Verfügbar über: <http://kups-ub.uni-koeln.de/volltexte/2005/1352/pdf/DissertationPauly.pdf> [Zugriffsdatum: 03.07.2007].
- Pepitone-Arreola-Rockwell, F., Rockwell, D. & Core, N. (1981). Fifty-two medical students suicides. *American Journal of Psychiatry*, 138, 198-20.
- Pickhard, M. Bates, L. & Dorain, M. (2000). Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. *Medical Education*, 34, 148.

- Preuss-Lausitz, U. (1969). Soziologische Aspekte psychischer Belastungen bei Studienanfängern und Folgerungen für eine psychoanalytisch orientierte Hochschul-Psychiatrie. In H.-U. Ziolko (Hrsg.). *Psychische Störungen bei Studenten* (S. 67-74). Stuttgart: Georg Thieme.
- Reis, O. (1997). *Risiken und Ressourcen für die Persönlichkeitsentwicklung im Übergang zum Erwachsenenalter*. Weinheim: Beltz.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010). *Schizophrenie*. Heft 50. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2006). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2004). *Angststörungen*. Heft 21. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rudolf, M. & Müller, J. (2004). *Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Göttingen: Hogrefe.
- Rückert, H.-W. (2009). *Nichts ist unmöglich? – Überforderung und Stress im studentischen Leben*. Vortrag, gehalten vor der Katholischen Hochschulgemeinde Berlin, 27.05.2009. [www document]. Verfügbar über: http://www.fu-berlin.de/studienberatung/team/hwr/Bologna_KSG_Berlin2.pdf [Zugriffsdatum: 29.08.2010].
- Rückert, H.-W. (2002). *Beratung*. [www document]. Verfügbar über: <http://www.fu-berlin.de/studium/docs/DOC/beratung.pdf> [Zugriffsdatum: 29.08.2010].
- Rückert, H.-W. (2002). *Schluss mit dem ewigen Aufschieben*. Frankfurt: Campus.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision*. DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Schaefer, A., Matzeß, H., Pfitzer, G. & Köhle, K. (2007). Seelische Gesundheit und Studienerfolg von Studierenden der Medizin mit hoher und niedriger Prüfungsangst. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 289-297.

- Schernhammer, E. & Colditz, G. A. (2004). Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161, 2295–2302.
- Schnitzer, K., Isserstedt, W. & Middendorf, E. (2001). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2000*. 16. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, durchgeführt von HIS. Hochschulinformationssystem. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung
- Schulz, W. (2004). *Skript Klinische Psychologie I*. Braunschweig. [www document]. Verfügbar über: <http://www-public.tu-bs.de:8080/%7Ewschulz/LV-Uebersichten/klinische/SkriptTeil1.pdf> [Zugriffsdatum: 15.07.2008].
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München: Pearson.
- Seiffge-Krenke, J. (1994). Gesundheitspsychologie: Die entwicklungspsychologische Perspektive. In: P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.) *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart, S. 29-45.
- Seliger, K. & Brähler, E. (2007). Psychische Gesundheit von Studierenden der Medizin. Eine empirische Untersuchung. *Psychotherapeut*, 52, 280-286.
- Soeder, U., Bastine, R. & Holm-Hadulla, R. (2001). Empirische Befunde zu psychischen Beeinträchtigungen von Studierenden. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden* (S. 158-187). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Spiegel Online (2009a). *Keine Spenderleber für Komasäufer – 22-Jähriger stirbt*. [www document]. Verfügbar über: <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/0,1518,637199,00.html>. [Zugriffsdatum: 27.08.2009].
- Spiegel Online (2009b). *4,9 Promille: Jugendlicher trinkt sich ins Koma* [www document]. Verfügbar über: <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/0,1518,626767,00.html>. [Zugriffsdatum: 27.08.2009].
- Spiegel Online (2009c). *Wirt des Koma-Säufers muss in Haft* [www document]. Verfügbar über:

<http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,634022,00.html>. [Zugriffsdatum: 27.08.2009].

- Spiegel Online (2009d). *Ängstliche Abiturienten – Kein Geld, kein Studium* [www document]. Verfügbar über: <http://www.spiegel.de/schulspiegel/abi/0,1518,633234,00.html>. [Zugriffsdatum: 27.08.2009].
- Spitzer, C. & Freyberger, H. J. (2002). Dissoziative und somatoforme Störungen. In H. J. Freyberger, W. Schneider & R.-D. Stieglitz (Hrsg.). *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 146-156). Basel: Karger.
- Srivastava, S., John, O. P., Gosling, S. D. & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 5, 1041–1053.
- Steward, A.J., Sokol, M., Healy, J.M., Chester, N.L. & Weinstock-Savoy, D. (1982). Adaption to life changes in children and adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 12701281.
- Stolz, M. (2005). *Generation Praktikum*. [www document]. Verfügbar über: http://www.zeit.de/2005/14/Titel_2fPraktikant_14 [Zugriffsdatum: 27.08.2009].
- Substance Abuse & Mental Health Services Administration (2007). *Binge Drinking in Adolescents and College Students* [www document]. Verfügbar über: <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/rpo995/#res7> [Zugriffsdatum: 27.08.2009]
- Teuwsen, E. (2001). Spätadoleszente Reifungskrisen. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden* (S. 40-64). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thielsch, T. & Weltzin, S. (2009). Online-Befragung in der Praxis. In T. Brandenburg & T. Thielsch (Hrsg.) *Praxis der Wirtschaftspsychologie*. Münster: MV Wissenschaft.
- Titz, C. & Mersch B (2009) *Wir Krisenkinder. Jung, gut ausgebildet, chancenlos*. [www document]. Verfügbar über:

<http://www.spiegel.de/unispiegel/jobundberuf/0,1518,630114,00.html> [Zugriffsdatum: 27.08.2009].

- Universität Bielefeld (1997). *Ursachen für jugendlichen Drogenkonsum*. Verfügbar über: <http://www.uni-bielefeld.de/SFB227/pieper/ursache.htm> [Zugriffsdatum: 02.07.2007].
- v. Zerssen, D. (1976). *Die Beschwerdeliste*. Manual. Weinheim: Beltz Test.
- Wechsler, H. Lee, J. Kuo, M. & Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: A continuing problem. *Journal of American College Health*, 48, 199-210.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B. & Castillo, S. (1994b). Health and behavioural consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1672-1677.
- Wicki, M., Kutsche, E. & Gmel, G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35 (11), 913-924.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006). Epidemiologie. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W- Schwartz (Hrsg.). *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 15-37). Berlin: Springer.
- Wolfersdorf, M (2008). Suizidalität. In M. Berger (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen Klinik und Therapie* (S. 1021-1038). München: Urban & Fischer.
- Wolfersdorf, M. (2006). Suizidalität. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W- Schwartz (Hrsg.). *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 287-301). Berlin: Springer.
- Wolfersdorf, M., Schulte-Wefers, H., Straub, R. & Klotz, T. (2006). Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. *Der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit*, 2, 6-9.
- Wong, J.G., Patil, N.G. & Beh, S.L. (2005). Cultivating psychological well-being in Hong-Kong's future doctors. *Medical Teacher*, 27, 715-719.
- Wöller, F. (1980). *Psychische Störungen bei Studierenden und ihre sozialen Ursachen*. Basel: Beltz.
- World Health Organisation (2004). *The global burden of disease: 2004 update*. [www document]. Verfügbar über:

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf [Zugriffsdatum: 22.11.2010].

- Wroblewski, A. Unger, M. & Schilder, R. (2007). *Soziale Lage gesundheitlich beeinträchtigter Studierender 2006*. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung. [www document]. Verfügbar über: http://www.bmwf.gv.at/uploads/tx_bmwfcontent/Endbericht-Soziale-Lage-2006.pdf [Zugriffsdatum: 22.07.2008].
- Ziolko, H. U. (1969). Psychische Auffälligkeiten bei Studienanfängern. In H. U. Ziolko (Hrsg.) *Psychische Störungen bei Studenten*. Symposium vom 22. – 24. März 1968 in Berlin (S. 75-79). Stuttgart: Thieme.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zubrägel, D., Bär, T. & Linden, M. (2007). Generalisierte Angststörung. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 261-271). München: CIP-Medien.

8. ANHANG

8.1 Ergebnisse des klinischen Interviews zu depressiven Störungen

Betrachtet man deskriptiv die Ergebnisse des folgenden diagnostischen Interviews (Mini-DIPS nach Margraf, 1994), so zeigte sich, dass von den 72 Teilnehmern insgesamt 20 Personen eine depressive Symptomatik aufwiesen, wobei diese sich in verschiedenen Diagnosen niederschlug. Schlüsselt man dies detaillierter auf, so ergeben sich folgende Verteilungen auf die psychiatrischen Diagnosen:

- F32.0: leichte depressive Episode: n= 2 (1 Mann, 1 Frau)
- F32.1: mittelgradige depressive Episode: n= 3 (3 Frauen)
- F32.2: schwere depressive Episode: n= 2 (2 Männer)
- F33.1: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode: n= 2 (1 Mann, 1 Frau)
- F33.2: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome: n= 6 (1 Mann, 5 Frauen)
- F43.20: Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung: n= 5 (5 Frauen)

Somit gaben von den 72 Interviewten insgesamt 13 Personen Symptome an, die sich im Sinne einer Major Depression interpretieren ließen, dies entspricht rund 18%. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Befragten vielfach um Personen gehandelt hatte, die im Online-Fragebogen auffällige Werte aufwiesen. Dabei zielte das Interview auf eine weitere Absicherung und Spezifizierung der Störungsbilder ab, was sich im oben genannten detailliert zeigt.

8.2 Ergebnisse des klinischen Interviews zu Angststörungen

Betrachtet man deskriptiv die Ergebnisse des diagnostischen Kurz-Interviews (Mini-DIPS nach Margraf, 1994), so zeigt sich, dass von den 72 Teilnehmern insgesamt 41 Teilnehmer (rund 57%) die Symptomatik einer Angststörung/Phobie aufwiesen. Jedoch muss auch hier darauf hingewiesen werden, dass insbesondere Personen zum Interview eingeladen wurden, die bereits im Online-Fragebogen auffällige Werte im Bereich der Angststörungen aufwiesen. Betrachtet man die Daten der Interviews detaillierter, so ergeben sich folgende Verteilungen auf die psychiatrischen Diagnosen:

- F40.00: Agoraphobie ohne Panikstörung: n= 3 (3 Frauen),
- F40.01: Agoraphobie mit Panikstörung: n= 7 (3 Männer, 4 Frauen),
- F40.1: Soziale Phobien: n= 3 (3 Frauen),
- F40.2: Spezifische Phobien: n= 12 (4 Männer, 8 Frauen),
- F41.0: Panikstörung: n= 5 (2 Männer, 3 Frauen),
- F41.1: Generalisierte Angststörung: n= 10 (4 Männer, 6 Frauen),
- F41.3: Gemischte Angststörung: n= 1 (1 Mann).

Dabei verteilen sich die Symptome auf verschiedene Angststörungen (vgl. Tabelle 43).

Tabelle 43: Diagnostizierte Angststörungen im klinischen Interview (nach ICD-10), getrennt nach Geschlecht

| | Männer (n) | Frauen (n) | Gesamt (n) |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|
| Agoraphobie ohne Panikstörung | 0 | 3 | 3 |
| Agoraphobie mit Panikstörung | 3 | 4 | 7 |
| Soziale Phobien | 0 | 3 | 3 |
| Spezifische Phobien | 4 | 8 | 12 |
| Panikstörung | 2 | 3 | 5 |
| Generalisierte Angststörung | 4 | 6 | 10 |
| Gemischte Angststörung | 1 | 0 | 1 |
| Gesamt | 14 | 27 | 41 |

8.3 Weitere psychiatrische Störungsbilder

Im Mini-DIPS (Margraf, 1994) konnte bei einer Studentin die Diagnose einer *Somatisierungsstörung* (F45.0) (vgl. Dilling et al., 2004) gestellt werden. Weiterhin gab eine Beteiligte Symptome einer *Trichotillomanie* an. *Bulimische Symptome* berichteten zwei Studentinnen. Außerdem zeigte sich bei einer Studentin das Beschwerdebild einer *Posttraumatischen Belastungsstörung*. Eine *Borderline-Persönlichkeitsstörung* kann bei einer weiteren Studierenden vermutet werden, wobei bei der Feststellung einer Persönlichkeitsstörung weitere detaillierte Diagnostik erforderlich wäre. Die Befragte gab jedoch an, im psychotherapeutischen Kontext eine diesbezügliche Diagnose erhalten zu haben.

Alkoholmissbrauch konnte bei insgesamt 13 Personen diagnostiziert werden, davon neun Männer und vier Frauen.

8.4 Online-Fragebogen

1.1 Ansprache der Studierenden

Liebe Studierende,

in dieser Befragung soll die psychische Belastung Studierender sowie das Konsumverhalten von Alkohol, Zigaretten und anderer Drogen untersucht werden. Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten die nachfolgenden Fragen vollständig und ehrlich zu beantworten. Sie können bei den Antworten nichts "falsch" machen, da es lediglich darauf ankommt, dass die Antworten wahrheitsgetreu sind. Dafür, dass Sie bereit erklären, an der Untersuchung teilzunehmen, schon einmal vielen herzlichen Dank. Sie können am Ende des Fragebogens auch am "Gewinnspiel" teilnehmen und haben so die Möglichkeit, 50, 20 oder 10€ zu gewinnen - sozusagen als Dankeschön für Ihre Teilnahme. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt, anonymisiert ausgewertet und veröffentlicht, nach Beendigung der Dissertation gelöscht sowie nicht an Dritte weitergegeben.

Sollten Sie Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie uns gern mailen. Sie erreichen uns unter folgenden E-Mail-Adressen:

c.hammerschmidt@tu-bs.de • n.heine@tu-bs.de

Vielen Dank!

Dipl.-Psych. Christian Hammerschmidt • Dipl.-Psych. Nora Heine

TU Braunschweig

Institut für Psychologie

Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik

Tel.: 0531/391-3495

2.1 Demographische Daten

2.2 Geschlecht

| | männlich | weiblich |
|------------------|----------|----------|
| v1 Geschlecht | 1 | 2 |

2.3 Alter

| | Alter |
|-------------|----------------|
| v2 Alter | <i>Eingabe</i> |

2.4 Kinder

| | nein | ja | Anzahl |
|-------------------------|------|----|----------------|
| v3 Haben Sie Kinder? | 0 | 1 | <i>Eingabe</i> |

2.5 Partnerschaft

| | Ich hatte noch nie eine feste Partnerschaft | | Ich habe derzeit keinen Part- ner/Partnerin | | Ich habe wech- selnde Partner- schaften | | Ich lebe in fester Partnerschaft seit (in Monaten) | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|--|---|
| v4 Partnerschaft | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |

2.6 Wohnung

| | bei meinen Eltern | | in eigener Wohnung, im Haus der Eltern | | in einer WG | | im Studen- ten- wohn- heim | | in eigener Wohnung | | im eigenen Haus | | Sonstiges (bitte eintragen) |
|---------------------------|-------------------------|---|---|---|----------------|---|--|---|-----------------------|---|-----------------------|---|-----------------------------------|
| v5 Wo woh- nen Sie? | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | <i>Eingabe</i> |

2.7 Hochschule

| | TU Braunschweig | | HBK Braunschweig | | FH Braunschweig/ Wolfenbüttel | | andere |
|--|--------------------|---|---------------------|---|-------------------------------------|---|----------------|
| v6 An welcher Hoch- schule studieren Sie? | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | <i>Eingabe</i> |

2.8 Abschluss

| v7 Angestrebter/nächst erreichbarer Studien- abschluss | | |
|---|---|---|
| | Vordiplom (Ende Grundstudium) | 1 |
| | Diplom | 2 |
| | Magisterzwischenprüfung (Ende Grundstudium) | 3 |
| | Magister | 4 |
| | Staatsexamenszwischenprüfung (Ende Grundstudium) | 5 |
| | Staatsexamen | 6 |
| | Bachelor | 7 |
| | Master | 8 |
| | Promotion | 9 |

2.9 Fächerkombination

| v8 Studienfach/ Studienfächer | Hauptfach | ggf. Nebenfach (1) | ggf. Nebenfach (2) |
|-------------------------------------|----------------|--------------------|--------------------|
| | <i>Eingabe</i> | <i>Eingabe</i> | <i>Eingabe</i> |

2.10 Wechsel

| v9 Haben Sie schon einmal den Studiengang gewech- selt? | nein | ja | Bitte Anzahl der Wechsel eintragen |
|---|------|----|---------------------------------------|
| | 0 | 1 | <i>Eingabe</i> |

2.11 Grund für den Wechsel des Studiengangs

| v10 Was war der Grund für den Studiengangwechsel? | |
|--|----------------|
| | <i>Eingabe</i> |

2.12 Verbindung

| | nein | ja | Burschenschaft/ Corporation | | ja – kirchliche Verbindung | | ja – andere (bitte Art der Verbindung eintragen) |
|--|------|----|--------------------------------|---|-------------------------------|---|---|
| v11 Sind Sie Mit- glied in einer studentischen Verbindung? | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | <i>Eingabe</i> |

Alkohol

3.1 Zunächst geht es um Ihren Alkoholkonsum

3.2 CAGE

| | | ja | nein |
|-----|---|----|------|
| v12 | Hatten Sie einmal das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten? | 1 | 0 |
| v13 | Hatten Sie jemand einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht? | 1 | 0 |
| v14 | Haben Sie sich wegen Ihres Alkoholtrinkens einmal schlecht oder schuldig gefühlt? | 1 | 0 |
| v15 | Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um nervlich wieder ins Gleichgewicht zu kommen oder einen Kater loszuwerden? | 1 | 0 |

3.3 Verletzungen

| | | nein | ja, aber nicht wäh- rend der letzten 12 Monate | ja, während der letzten 12 Monate |
|-----|---|------|--|---|
| v16 | Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon einmal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten? | 0 | 1 | 2 |
| v17 | Haben Sie sich unter Alkoholeinfluss schon einmal so verletzt, dass Sie sich im Krankenhaus oder beim Notdienst behandeln lassen mussten? | 0 | 1 | 2 |

3.4 Veränderungen seit Beginn des Studiums

| | ... deutlich weniger Alkohol als zuvor | ... ein bisschen weniger Alkohol als zuvor | ... genauso viel Alkohol wie zuvor | ... ein bisschen mehr Alkohol als zuvor | ... deutlich mehr Alkohol als zuvor |
|---|--|--|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| v18 Ich trinke seit Beginn meines Studiums ... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <i>Sprung zu 5.1</i> | <i>Sprung zu 5.1</i> | <i>Sprung zu 6.1</i> | <i>Sprung zu 4.1</i> | <i>Sprung zu 4.1</i> |

4.1 Ich trinke seit Beginn meines Studiums mehr Alkohol, weil (mehrere Antworten sind möglich)

| Mehr Alkohol, weil ... | | nein | ja |
|------------------------|--|----------------|----|
| v19 | ... ich mit Alkohol am besten den Stress im Studium vergessen kann. | 0 | 1 |
| v20 | ... mir jetzt mehr Geld zum Ausgeben zur Verfügung steht. | 0 | 1 |
| v21 | ... ich jetzt mehr Zeit habe wegzugehen und mich mit Freunden zu treffen. | 0 | 1 |
| v22 | ... es bei Treffen mit meinen Kommilitonen „dazu gehört“ Alkohol zu trinken. | 0 | 1 |
| v23 | ... ich mit Alkohol am besten abschalten kann. | 0 | 1 |
| v24 | Sonstiges | <i>Eingabe</i> | |

5.1 Ich trinke seit Beginn meines Studiums weniger, weil ... (mehrere Antworten sind möglich)

| Weniger Alkohol, weil ... | | nein | ja |
|---------------------------|--|----------------|----|
| v26 | ... ich im Lernstressfast keine Freizeit mehr habe. | 0 | 1 |
| v27 | ... mir jetzt weniger Geld zur Verfügung steht als vorher. | 0 | 1 |
| v28 | ... ich jetzt weniger/keine Zeit habe wegzugehen und mich mit Freunden zu treffen. | 0 | 1 |
| v29 | ... ich mich auf mein Studium konzentrieren will. | 0 | 1 |
| v30 | ... mich Alkohol beim Verwirklichen meiner Ziele behindert. | | |
| v31 | ... ich jetzt in einer festen Partnerschaft lebe. | | |
| v32 | ... mein neuer Freundeskreis an der Uni weniger Alkohol trinkt. | 0 | 1 |
| v33 | Sonstiges | <i>Eingabe</i> | |

6 Letzter Alkohol-Genuss

6.1 Wann haben Sie zuletzt alkoholische Getränke – also Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen (Schnaps, Likör, Mixgetränke) – getrunken?

6.2 Letzter Alkohol-Genuss

| | heute | | gestern | | vorgestern | | länger her (bitte in Tagen angeben) | ich habe noch nie Alkohol ge- trunken | |
|-----------------------------------|-------|---|---------|---|------------|---|--|--|---|
| v35 letzter Alkoholge- nuss | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | Eingabe | 0 | 1 |

6.3 Wenn Sie an die letzten 30 Tage denken: An wie vielen Tagen haben Sie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen getrunken?

| v36 Bier | Tage |
|---|-------------|
| Wenn Sie an die letzten 30 Tage denken: An wie vielen Tagen haben Sie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen getrunken? | an 0 Tagen |
| | an 1 Tag |
| | an 2 Tagen |
| | an 3 Tagen |
| | an 4 Tagen |
| | . |
| | . |
| | . |
| | an 28 Tagen |
| | an 29 Tagen |
| | an 30 Tagen |

| v37 Wein/Sekt | Tage |
|---|-------------|
| Wenn Sie an die letzten 30 Tage denken: An wie vielen Tagen haben Sie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen getrunken? | an 0 Tagen |
| | an 1 Tag |
| | an 2 Tagen |
| | an 3 Tagen |
| | an 4 Tagen |
| | . |
| | . |
| | . |
| | an 28 Tagen |
| | an 29 Tagen |
| | an 30 Tagen |

| v38 Spirituosen (z.B. Schnaps, Likör, Mixgetränke) | Tage |
|--|--|
| Wenn Sie an die letzten 30 Tage denken: An wie vielen Tagen haben Sie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen getrunken? | an 0 Tagen an 1 Tag an 2 Tagen an 3 Tagen an 4 Tagen . . . an 28 Tagen an 29 Tagen an 30 Tagen |

6.5 Wieder bezogen auf die letzten 30 Tage: An so einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken, wie viel Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen (Schnaps, Likör, Mixgetränke) trinken Sie dann im Durchschnitt?

6.6 Anzahl Bier

| | Anzahl kleiner Gläser (0,2 – 0,33 Liter) | Anzahl großer Gläser (0,4 – 0,5 Liter) | kein Glas | |
|--------------------|--|--|-----------|---|
| v39 Anzahl Bier | <i>Eingabe</i> | <i>Eingabe</i> | 0 | 1 |

6.7 Anzahl Wein/Sekt

| | Anzahl kleiner Gläser (0,2 – 0,25 Liter) | kein Glas | |
|----------------------------|--|-----------|---|
| v40 Anzahl Wein/Sekt | <i>Eingabe</i> | 0 | 1 |

6.8 Anzahl Spirituosen (Schnaps, Likör, Mixgetränke)

| | Anzahl kleiner Glä- ser (2cl) | Anzahl großer Gläser (4cl) | kein Glas | |
|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------|---|
| v41 Anzahl Spirituosen | <i>Eingabe</i> | <i>Eingabe</i> | 0 | 1 |

7 Binge-Drinking

7.1 Binge-Drinking

| | an ... Tagen (bitte Anzahl eintragen) | ich habe an keinem Tag 5 oder mehr Glä- ser getrunken | |
|--|---|--|---|
| v42 Es geht noch einmal um die letzten 30 Tage. An wie vielen Tagen haben Sie 5 oder mehr Gläser, egal ob Bier, Wein/Sekt oder Spiritu- osen, getrunken? | <i>Eingabe</i> | 0 | 1 |

7.2 Betrunkensein

| | ja | nein |
|---|----|------|
| v43 Waren Sie schon einmal so richtig betrunken? | 1 | 2 |

7.3 Betrunkene im letzten Jahr

| | ... mal (bitte Anzahl eintragen) | überhaupt nicht | |
|--|--|-----------------|---|
| v44 Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten so richtig betrunken? | <i>Eingabe</i> | 0 | 1 |

8 Rauchen

8.1

| | Raucher | | Ex-Raucher (seit ... Mona- ten bitte an- geben) | Gelegenheits- raucher | | Nichtraucher | |
|--------------------|---------|---|--|--------------------------|---|--------------|---|
| v45 Ich bin ... | 0 | 1 | <i>Eingabe</i> | 0 | 1 | 0 | 1 |

8.2 Drogen?

| | ja | nein |
|--------------------------------|----------------------|---------------------|
| v46 Konsumieren Sie Drogen? | 1 | 2 |
| | <i>Sprung zu 9.1</i> | <i>Sprung zu 10</i> |

9 Drogen

9.1 Drogen

| | | ja | nein |
|-----|---|----|------|
| V47 | Cannabis (z.B. Haschisch, Marihuana) | 1 | 0 |
| V48 | Tranquilizer („Beruhigungsmittel“, z.B. Benzodiazepine) | 1 | 0 |
| V49 | Stimulanzien („Aufputschmittel“, z.B. Amphetamine) | 1 | 0 |
| v50 | Halluzinogene (z.B. LSD) | 1 | 0 |
| v51 | Ecstasy | 1 | 0 |
| v52 | Kokain | 1 | 0 |
| v53 | Opiate (z.B. Heroin, Crack) | 1 | 0 |
| v54 | andere | 1 | 0 |

9.2 Drogen Frequenz

| | häufig | gelegentlich | selten | sehr selten |
|---|--------|--------------|--------|-------------|
| v55 Wie häufig konsumieren Sie Drogen? | 1 | 2 | 3 | 4 |

10 HADS und Gesundheit

10.1 Im Folgenden würden wir Sie bitten, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

| | meistens | oft | von Zeit zu Zeit/ gelegent- lich | überhaupt nicht |
|---|----------|-----|---|--------------------|
| v56 Ich fühle mich angespannt oder überreizt. | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | ganz genau so | nicht ganz so sehr | nur noch ein wenig | kaum oder gar nicht |
|--|------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| v57 Ich kann mich heute noch so freuen wie früher. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | ja, sehr stark | ja, aber nicht allzu stark | etwas, aber es macht mir keine Sor- gen | überhaupt nicht |
|--|-------------------|----------------------------------|---|--------------------|
| v58 Mich überkommt eine ängstli- che Vorahnung, dass etwas Schreckliche passieren könnte. | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | ja, so viel wie immer | nicht mehr ganz so viel | in- zwischen viel weni- ger | überhaupt nicht |
|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| v59 Ich kann lachen und die lusti- gen Seiten der Dinge sehen. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | einen Großteil der Zeit | verhält- nismäßig oft | von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft | nur gelegent- lich/nie |
|--|-------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------|
| v60 Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf. | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | überhaupt nicht | selten | manchmal | meistens |
|----------------------------------|-----------------|--------|----------|----------|
| v61 Ich fühle mich glücklich. | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | ja, natürlich | gewöhnlich schon | nicht oft | überhaupt nicht |
|--|---------------|------------------|-----------|-----------------|
| v62 Ich kann behaglich dasitzen und entspannen. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | fast immer | sehr oft | manchmal | überhaupt nicht |
|---|------------|----------|----------|-----------------|
| v63 Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst. | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | überhaupt nicht | gelegentlich | ziemlich oft | sehr oft |
|---|-----------------|--------------|--------------|----------|
| v64 Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | ja, stimmt genau | ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte | möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum | ich kümmere mich so viel darum wie immer |
|---|------------------|--|--|--|
| v65 Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren. | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | ja, tatsächlich sehr | ziemlich | nicht sehr | überhaupt nicht |
|---|----------------------|----------|------------|-----------------|
| v66 Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein. | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | ja, sehr | eher we- | viel weni- | kaum bis |
|--|----------|----------|------------|----------|
|--|----------|----------|------------|----------|

| | | niger als früher | ger als früher | gar nicht |
|--|---|---------------------|-------------------|-----------|
| v67 Ich blicke mit Freude in die Zukunft. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | ja, tat- sächlich sehr oft | ziemlich oft | nicht sehr oft | überhaupt nicht |
|---|----------------------------------|-----------------|-------------------|--------------------|
| v68 Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand. | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | oft | manchmal | eher sel- ten | sehr sel- ten |
|--|-----|----------|------------------|------------------|
| v69 Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio-oder Fernseh- sendung freuen. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | sehr schlecht | schlecht | eher schlecht | eher gut | gut | sehr gut |
|--|------------------|----------|------------------|----------|-----|----------|
| v70 Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zurzeit sehen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

11 Somatisierung B-L

11.1 Ich leide unter folgenden Beschwerden ...

| | stark | mäßig | kaum | gar nicht |
|--|-------|-------|------|--------------|
| v71 Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsbereich | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v72 Müdigkeit | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v73 Gleichgewichtsstörungen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v74 anfallsweiser Atemnot | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v75 Erstickungsgefühl | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v76 Neigung zum Weinen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v77 Appetitlosigkeit | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v78 Schluckauf | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v79 Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v80 rasche Erschöpfbarkeit | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v81 Angstgefühl | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v82 Leibschmerzen (einschließlich Magen- oder Unterleibsschmerzen) | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v83 Verstopfung | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v84 Energielosigkeit | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v85 Gelenk- oder Gliederschmerzen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v86 Konzentrationsschwäche | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v87 kalte Füße | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v88 Mangel an geschlechtlicher Erregung | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v89 leichtes Erröten | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v90 Frieren | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v91 aufsteigende Hitze, Hitzewallungen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v92 trübe Gedanken | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v93 innere Gespanntheit | 3 | 2 | 1 | 0 |
| v94 Taubheitsgefühl („Einschlafen“, „Absterben“, Brennen oder Kribbeln) in Händen und/oder Füßen | 3 | 2 | 1 | 0 |

12 Studium

- 12.1 Im Folgenden wollen wir Sie einige Dinge zu Ihren Studienbedingungen fragen. Dabei steht im Vordergrund, was Ihr subjektives Empfinden zu den beschriebenen Äußerungen ist und nicht, wie Studienbedingungen Ihres Faches objektiv zu bewerten sind.

| | trifft nicht zu | trifft kaum zu | trifft eher zu | trifft völlig zu |
|--|-----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| v95 Ich habe Probleme, mein Studium in Regelstudienzeit abschließen zu können | 0 | 1 | 2 | 3 |
| v96 Die Professoren meines Studiengangs scheinen kein Interesse an den Studenten zu haben | 0 | 1 | 2 | 3 |
| v97 Die Professoren meines Studiengangs sind schlecht erreichbar, bspw. zur Besprechung von Prüfungen, Hausarbeiten, Problemen etc. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| v98 Ich habe Probleme Leistungsscheine bestimmter studienrelevanter Veranstaltungen zu bekommen, da diese überfüllt sind oder lange Wartezeiten bestehen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| v99 Ich habe Probleme Leistungsscheine bestimmter studienrelevanter Veranstaltungen zu bekommen, da die Scheinanforderungen zu hoch gesteckt sind | 0 | 1 | 2 | 3 |
| v100 Es ist schwierig, die erforderlichen Praktika in meinem Studienfach zu bekommen | 0 | 1 | 2 | 3 |

- 12.3 Im folgenden Abschnitt möchten wir etwas über Sie und Ihre finanzielle Situation wissen

- 12.4 Wie würden Sie Ihre finanzielle Situation einschätzen?

| | sehr schlecht | schlecht | eher schlecht | eher gut | gut | sehr gut |
|--|------------------|----------|------------------|----------|-----|----------|
| v101 Wie würden Sie Ihre finanzielle Situation einschätzen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

12.5 Finanzen (mehrere Antworten sind möglich)

| | | nein | ja |
|------|---|------|----|
| v102 | Ich bekomme genügend Bafög, so dass ich nicht arbeiten muss. | 0 | 1 |
| v103 | Ich bekomme Bafög, habe aber einen Nebenjob. | 0 | 1 |
| v104 | Ich bekomme Unterstützung von meinen Eltern/Großeltern, habe aber einen Nebenjob. | 0 | 1 |
| v105 | Meine Eltern/Großeltern unterstützen mich ausreichend, so dass ich nicht arbeiten muss. | 0 | 1 |
| v106 | Ich habe einen Nebenjob. | 0 | 1 |
| v107 | Ich habe zwei Nebenjobs. | 0 | 1 |
| v108 | Ich habe mehr als zwei Nebenjobs. | 0 | 1 |
| v109 | Sonstiges (bitte in der nächsten Spalte eintragen) | | |

12.6 Sonstiges

| |
|---------------------|
| Ich ... |
| v110 <i>Eingabe</i> |

13.1 Nebenjob

13.2 Mein Nebenjob ...

| | | nein | ja |
|------|---|------|----|
| v111 | ... ist eine willkommene Abwechslung neben dem Studium. | 0 | 1 |
| v112 | ... stresst mich sehr. | 0 | 1 |
| v113 | ... lässt mir zu wenig Zeit für mein Studium. | 0 | 1 |
| v114 | ... lässt mir zu wenig Zeit für Erholung und Freizeit. | 0 | 1 |
| v115 | Sonstiges | | |
| v116 | <i>Eingabe</i> | | |

14 Freizeit

14.1 Wie verbringen Sie den Großteil Ihrer Freizeit? (Mehrere Antworten sind möglich)

14.2

| | | nein | ja |
|------|--|------|----|
| v117 | Ich treibe Sport | 0 | 1 |
| v118 | Ich treffe mich mit Freunden | 0 | 1 |
| v119 | Ich lese. | 0 | 1 |
| v120 | Ich habe keine Freizeit | 0 | 1 |
| v121 | Mit meinen Kindern/meiner Familie. | 0 | 1 |
| v122 | Ich gucke Fernsehen/DVD. | 0 | 1 |
| v123 | Ich beschäftige mich mit meinem Computer | 0 | 1 |
| v124 | Ich lerne | 0 | 1 |
| v125 | Sonstiges (bitte in der nächsten Spalte eintragen) | | |
| v126 | <i>Eingabe</i> | | |

15.1

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben! Oftmals ergeben sich aus den Antworten in Untersuchungen weitere Fragen; Manches soll intensiver untersucht werden. Insbesondere Belastungen und Stress im universitären Kontext spielen dabei eine wichtige Rolle.

Aus diesem Grund suchen wir Studierende (die an dieser Befragung teilgenommen haben) die zu einem kurzen Interview bereit wären. Wenn Sie sich dazu bereit erklären, würden wir Sie bitten, Ihre E-Mail-Adresse anzugeben. Wenn Sie nur am Gewinnspiel teilnehmen möchten, geben Sie bitte auch Ihre E-Mail-Adresse unten an. Sie können sicher sein, dass Ihre Angaben strengstens vertraulich behandelt werden. Die Untersuchung wird nicht im Auftrag Dritter durchgeführt. Keine Daten werden an Dritte weitergegeben! Sie dienen lediglich der wissenschaftlichen Auswertungen, sind mit keiner Gewinnerzielungsabsicht verbunden und werden nach der Untersuchung gelöscht!

Vielen Dank!

15.2

| | | nein | ja |
|------|--|------|----|
| v127 | Ich bin bereit, an einem Interview teilzunehmen. | 0 | 1 |
| v128 | Ich möchte am Gewinnspiel teilnehmen | 0 | 1 |
| v129 | Meine E-Mail-Adresse | | |
| | <i>Eingabe</i> | | |